

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**FACTORES RELACIONADOS AL PACIENTE Y A LA CALIDAD DEL PROCEDIMIENTO  
ENDOSCÓPICO QUE SE ASOCIAN CON UN MEJOR NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS  
PACIENTES SOMETIDOS A ENDOSCOPIA DIGESTIVA EN EL SERVICIO DE  
GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE LAS FUERZAS ARMADAS DEL  
ECUADOR N°1, EN EL PERIODO DE SEPTIEMBRE A OCTUBRE DEL AÑO 2015**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DE TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

**AUTORES:**

**LOGROÑO LOGROÑO GABRIELA ALEJANDRA**

**POZO MEDINA KAREN IVANNA**

**DIRECTOR**

**PAZMIÑO QUIROZ GALO FERNANDO.MD.**

**DIRECTOR METODOLÓGICO**

**FREUD CÁCERES AUCATOMA. PhD.MD.**

**Quito, 2015**

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a mis padres por el apoyo incondicional en todo este camino, por sus consejos y ánimos del día a día, agradezco a mis hermanos por sus locuras y gracias que llenaron de alegrías mis días de estudio, agradezco a mi abuelo por su interés en mi desarrollo como médico, agradezco a Pablo por ser quien ha estado a mi lado en todo este proceso y agradezco a mi compañera de Tesis por hacer de este trabajo una experiencia inolvidable.

*Gabriela Logroño*

Agradezco a Dios por todas las bendiciones de mi vida, a mi madre por ser la mujer luchadora que me impulsó a ser lo que soy ahora, a mi padre por su apoyo y cariño incondicional y por enseñarme a creer en mí, a mi hermano por ser mi ejemplo de vida, a mi familia en general por tener siempre las palabras adecuadas para darme fuerza y seguir adelante, agradezco también a Sebastián por ser parte de esta aventura llamada Medicina.

*Karen Pozo*

## **TABLA DE CONTENIDO**

<b>PORTADA.....</b>	<b>i</b>
<b>AGRADECIMIENTOS.....</b>	<b>ii</b>
<b>TABLA DE CONTENIDO.....</b>	<b>iii</b>
<b>LISTA DE TABLAS.....</b>	<b>v</b>
<b>LISTA DE FIGURAS.....</b>	<b>vi</b>
<b>RESUMEN Y ABSTRACT.....</b>	<b>viii</b>
<b>CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO II. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA</b>	
<b>CALIDAD EN MEDICINA</b>	<b>6</b>
<b>DEFINICIÓN E HISTORIA</b>	<b>6</b>
<b>DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD</b>	<b>8</b>
<b>GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD</b>	<b>12</b>
<b>EVALUACION DE LA CALIDAD</b>	<b>13</b>
<b>EVALUACION MODELO DROPI</b>	<b>14</b>
<b>METODOLOGÍA SERVQUAL</b>	<b>16</b>
<b>SATISFACCIÓN</b>	<b>18</b>
<b>SATISFACCION DEL PACIENTE Y PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPICOS</b>	<b>21</b>
<b>EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN</b>	<b>25</b>
<b>CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN</b>	<b>25</b>
<b>ENDOSCOPIA DIGESTIVA</b>	<b>27</b>
<b>INDICACIONES DE LA ENDOSCOPIA</b>	<b>31</b>
<b>CALIDAD DE LA ENDOSCOPIA</b>	<b>33</b>
<b>COMPLICACIONES DE LA ENDOSCOPIA</b>	<b>39</b>
<b>COLONOSCOPIA</b>	<b>42</b>
<b>INDICACIONES DE LA COLONOSCOPIA</b>	<b>42</b>
<b>COMPLICACIONES DE LA COLONOSCOPIA</b>	<b>44</b>

<b>CAPÍTULO III. PROBLEMA, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS</b>	<b>45</b>
<b>EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>45</b>
<b>HIPÓTESIS</b>	<b>45</b>
<b>OBJETIVOS</b>	<b>46</b>
<b>CAPÍTULO IV. MATERIALES Y MÉTODOS</b>	<b>47</b>
<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	<b>47</b>
<b>MUESTRA</b>	<b>47</b>
<b>OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES</b>	<b>49</b>
<b>PROCEDIMIENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN</b>	<b>53</b>
<b>PROCEDIMIENTO DE DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN</b>	<b>53</b>
<b>PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS</b>	<b>54</b>
<b>CAPÍTULO V. RESULTADOS</b>	<b>56</b>
<b>FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS</b>	<b>56</b>
<b>FACTOR RELACIONADO CON LA CONDICIÓN DE LLEGADA DEL PACIENTE</b>	<b>61</b>
<b>FACTORES RELACIONADOS CON EL PROCEDIMIENTO ENDOSCÓPICO</b>	<b>62</b>
<b>FACTORES RELACIONADOS CON EL TIEMPO DE ESPERA DEL PACIENTE</b>	<b>65</b>
<b>FACTORES INVOLUCRADOS EN LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE</b>	<b>71</b>
<b>FACTORES RELACIONADOS A LA INSTITUCIÓN</b>	<b>78</b>
<b>FACTORES RELACIONADOS A LA SATISFACCIÓN</b>	<b>79</b>
<b>ANÁLISIS DE ASOCIACIÓN</b>	<b>83</b>
<b>CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN</b>	<b>87</b>
<b>CAPÍTULO VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>99</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>99</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>100</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>102</b>
<b>APÉNDICE</b>	<b>107</b>

## **LISTA DE TABLAS**

<b>TABLA 1.</b> Clasificación de los pacientes con respecto a la tolerancia de las molestias que sintieron durante el procedimiento.	64
<b>TABLA 2.</b> Clasificación de los pacientes según el tipo de cita.	68
<b>TABLA 3.</b> Clasificación de los pacientes de acuerdo al tiempo de espera para la realización del procedimiento.	71
<b>TABLA 4.</b> Clasificación de los pacientes en relación a la calidad de la explicación sobre el procedimiento endoscópico.	73
<b>TABLA 5.</b> Clasificación de los pacientes según la atención brindada por el personal.	75
<b>TABLA 6.</b> Clasificación de los pacientes en relación a la atención brindada por el personal médico.	77
<b>TABLA 7.</b> Opinión de los pacientes sobre si volverían a realizar un nuevo procedimiento endoscópico en el mismo hospital.	79

## LISTA DE FIGURAS

<b>FIGURA 1</b> Distribución de la muestra estudiada según género.	56
<b>FIGURA 2.</b> Distribución de la muestra estudiada según la edad medida en años.	57
<b>FIGURA 3.</b> Distribución de la muestra estudiada según el número de años de estudio.	58
<b>FIGURA 4.</b> Distribución de la muestra estudiada según la posición civil.	59
<b>FIGURA 5.</b> Distribución de la muestra estudiada según el tipo de encuesta aplicada.	60
<b>FIGURA 6.</b> Distribución de la muestra estudiada según la condición de llegada al servicio de Gastroenterología para la realización del procedimiento.	61
<b>FIGURA 7.</b> Distribución de la muestra según el tipo de procedimiento realizado.	62
<b>FIGURA 8.</b> Grado de satisfacción del paciente con respecto a las molestias que sintieron durante el procedimiento.	63
<b>FIGURA 9.</b> Distribución de la muestra estudiada según el uso de anestesia.	65
<b>FIGURA 10.</b> Grado de satisfacción de los pacientes en relación al tiempo de espera para la cita para el procedimiento.	66
<b>FIGURA 11.</b> Distribución de la muestra estudiada según el tiempo de espera de la cita para el procedimiento contabilizado en días.	67
<b>FIGURA 12.</b> Grado de satisfacción de los pacientes en relación al tiempo de espera el día de realización del procedimiento.	69
<b>FIGURA 13.</b> Distribución de la muestra estudiada según el tiempo de espera el día de realización del procedimiento contabilizado en minutos.	70
<b>FIGURA 14.</b> Grado de satisfacción de los pacientes en relación a las explicaciones recibidas sobre el procedimiento endoscópico.	72
<b>FIGURA 15.</b> Grado de satisfacción de los pacientes en relación con la atención recibida por parte del personal (recepcionistas y enfermeras).	74
<b>FIGURA 16.</b> Grado de satisfacción de los pacientes en relación con la atención recibida por parte del personal médico.	76
<b>FIGURA 17.</b> Opinión de los pacientes sobre si volverían a realizar un nuevo procedimiento endoscópico con el mismo médico.	78
<b>FIGURA 18.</b> Grado de satisfacción global de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos.	80
<b>FIGURA 19.</b> Distribución de la muestra según el puntaje total obtenido en el Cuestionario.	81

<b>FIGURA 20.</b> Clasificación de los pacientes de acuerdo al puntaje obtenido en el cuestionario de satisfacción.	82
<b>FIGURA 21.</b> Satisfacción del paciente condicionada al tipo de cita.	83
<b>FIGURA 22.</b> Satisfacción del paciente condicionada al tiempo de espera el día del procedimiento.	84
<b>FIGURA 23.</b> Satisfacción del paciente condicionada a la tolerancia a las molestias que produjo el procedimiento.	85

## **RESUMEN**

### **OBJETIVO:**

El objetivo de nuestro estudio fue determinar los factores relacionados al paciente y a la calidad del procedimiento endoscópico que se asocian con el nivel de satisfacción.

### **PACIENTES Y MÉTODOS:**

Estudio transversal en el que se empleó un cuestionario de satisfacción (m-GHAA-9) auto-aplicado y vía telefónica a 180 pacientes que se realizaron endoscopia digestiva entre septiembre y octubre del 2015 en el servicio de Gastroenterología del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas del Ecuador N°1. Se realizó un análisis descriptivo y de asociación con el nivel de satisfacción, se utilizó razón de momios de prevalencia y Chi Mantel-Haenszel ( $p < 0.05$ )

### **RESULTADOS:**

De los 180 pacientes, 92 (51.1%) fueron mujeres y 88 (48.9%) hombres, la edad media fue de 55 años. En la evaluación global del procedimiento calificaron como excelente 29.4%, muy bueno 50%, bueno 18.3%, regular 0.6% y malo 1.7%. Los factores que influyeron sobre el buen nivel de satisfacción fueron la cita adecuada (RMP 4,378) ( $p=0.001$ ), el tiempo de espera el día del procedimiento (RMP de 6,215) ( $p=0.015$ ) y la buena tolerancia a las molestias (RMP 21,357) ( $p=0.000$ ). La asociación con variables sociodemográficas además con las explicaciones recibidas, la cortesía del personal, la sedación, la condición de llegada del paciente y el tipo de encuesta aplicada no fue estadísticamente significativa.

### **CONCLUSIÓN:**

El nivel de satisfacción tras la realización de una endoscopia digestiva fue muy bueno, los factores que más se asociaron fueron el tiempo de espera para la cita, el tiempo de espera el día del procedimiento y la tolerancia a las molestias.

**Palabras clave:** Satisfacción, Endoscopia, colonoscopia, indicadores de calidad, Ecuador



## **ABSTRACT**

### **BACKGROUND AND OBJECTIVE:**

The aim of our study was to determine the factors related to the patient and the quality of the endoscopic procedure associated with the level of satisfaction.

### **PATIENTS AND METHODS:**

Cross-sectional study in which a satisfaction questionnaire (m-GHAA-9) self-applied and telephone was used at 180 patients who underwent endoscopy between September and October 2015 in the Gastroenterology Service at Armed Forces Ecuador's Hospital No.1. A descriptive and association with the level of satisfaction analysis was conducted, prevalence odds ratio was used and Mantel-Haenszel Chi ( $p < 0.05$ )

### **RESULTS:**

Of the 180 patients, 92 (51.1%) were female and 88 (48.9%) were men, the median age was 55 years. In the overall assessment of the procedure 29.4% rated as excellent, very good 50% good 18.3%, average 0.6% and 1.7% bad. The factors that influenced the good level of satisfaction were adequate appointment (RMP 4,378) ( $p = 0.001$ ), the waiting time on the procedure (RMP 6,215) ( $p = 0.015$ ) and good tolerance to discomfort (RMP 21.357) ( $p = 0.000$ ). The association with sociodemographic variables in addition to the explanations received, courtesy of staff, sedation, arrival condition of the patient and the type of survey applied was not statistically significant.

### **CONCLUSION:**

The level of satisfaction after conducting an endoscopy was very good, the factors that were associated waiting time for an appointment, waiting time on the day of the procedure and discomfort tolerance.

**Keywords:** Satisfaction, endoscopy, colonoscopy, quality indicators.

## **CAPÍTULO I**

### **INTRODUCCIÓN**

La Organización Mundial de la Salud, señala que un Sistema de Salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud de la población. Para hacerlo, requiere de personal, financiamiento, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como de orientación y dirección. Un buen Sistema de Salud mejora en si la vida diaria de las personas de forma observable, es por ello que merece ser evaluado y de cierta manera criticado desde la perspectiva de los usuarios y sus familiares<sup>1</sup>.

Por varios años se ha idealizado el bienestar social como el crecimiento económico de los países, sin embargo actualmente ha sido evidente que no solo los indicadores materiales son relevantes en la vida, sino que por ejemplo factores como las relaciones interpersonales, también tienen gran influencia en la percepción de la satisfacción y la felicidad de los individuos. En este sentido, el estudio y medición del bienestar subjetivo se han convertido en un desafío para los investigadores y las organizaciones nacionales e internacionales que siguen el progreso de los países<sup>1</sup>.

La Dra. Palmer R.H. de la Universidad de Harvard define a la calidad en salud como el ofrecer servicios accesibles y equitativos con un gran nivel profesional, teniendo en cuenta los recursos disponibles para lograr la satisfacción del paciente.<sup>2</sup>

En la actualidad, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud plantean que la evaluación de la calidad en la atención médica puede realizarse desde diferentes enfoques, englobados en 3 esferas: las expectativas de las instituciones de salud,

el paciente y el personal de salud<sup>3</sup>. Inicialmente se basaba casi exclusivamente en aspectos técnico-médicos, pero últimamente se ha dado una mayor importancia a la satisfacción del destinatario final de la atención médica, misma que no estaba exclusivamente en función de la calidad y resultados del acto médico sino de aspectos relacionados con el trato humanitario, la relación médico-paciente, la información, entre otras<sup>4</sup>.

En este contexto, los estudios que buscan acercarse a las personas y entender su compleja realidad, incorporando aspectos multidimensionales, resultan relevantes para disminuir la brecha entre quienes planean las políticas públicas y quienes reciben sus beneficios.<sup>1</sup>

La satisfacción del paciente es muy variable e influenciable, de manera general se podría aceptar que representa la evaluación cognitiva o emocional del paciente sobre el desempeño del personal de salud además de que se basa en aspectos relevantes de su experiencia percibida en la atención médica<sup>5</sup>.

Al ser un evaluador subjetivo de la calidad de los servicios de salud, se le considera como eje fundamental en programas de gestión privados y públicos. Refleja el alcance de las expectativas del usuario, influenciando de gran manera en el mejor cumplimiento de las indicaciones médicas y en la adherencia al tratamiento, puntos de gran valor en la práctica clínica. Los pacientes insatisfechos sufren estrés o ansiedad por la atención recibida y pueden no responder completamente a los tratamientos propuestos<sup>6</sup>.

La satisfacción del paciente está influenciada por varios factores, los cuales están ligados al estado de bienestar de las personas, sin embargo, por la variedad de significados que el bienestar previsiblemente implica, no puede ser imputado ni predeterminado desde fuera.<sup>7</sup>

Muchos estudios de satisfacción se han realizado, en diferentes ámbitos de la medicina, en nuestra región, en Venezuela, con el propósito de determinar el grado de satisfacción de las pacientes obstétricas, se realizó un estudio en 594 pacientes en las que se encontró un grado de satisfacción del 88% del servicio de salud<sup>8</sup>. En cuanto a intereses de nuestro estudio hemos encontrado en la revista de Gastroenterología de México, un estudio publicado en el 2010 en el que se concluye que en la evaluación general los pacientes midieron como excelente en un 60.9%, muy bueno 29.6%, bueno 8.9%, regular 0.6%; con lo cual se concluyó que el nivel de satisfacción de pacientes sometidos a una esófago-gastroduodenoscopia o colonoscopia es bueno<sup>9</sup>.

En nuestro país, pocos estudios relacionados al tema se han evaluado, durante la búsqueda bibliográfica encontramos que en la Universidad Técnica Particular de Loja, en el trabajo de investigación titulado “Análisis comparativo del uso de Tiopental más Fentanyl y Tiopental más Remifentanyl, y evaluación de la calidad de atención en pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos diagnósticos en el Hospital UTPL y SOLCA, durante el periodo comprendido entre agosto - octubre 2010”, se concluye que se prestan de manera accesible todas las facilidades, para que el paciente desde el momento en que solicita en servicio endoscópico, se le asigne inmediatamente hora y día para el mismo, según el requerimiento del paciente. Indicándosele de manera adecuada los pasos a seguir, iniciando con su preparación hasta la hora en que deberá acudir. Lo que se traduce en una calidad de atención óptima según la percepción del paciente<sup>10</sup>.

Ha ocurrido una rápida evolución en la gastroenterología, explicada en buena medida por el desarrollo de la endoscopia gastrointestinal. Nuestro objetivo fue enfocarnos en ella, por ser un procedimiento ampliamente utilizado y que debe cumplir parámetros de calidad que condicionen seguridad, pertinencia, y sobretodo eficacia y eficiencia.

La Sociedad Americana para la Endoscopia Gastrointestinal (ASGE) ha promovido el desarrollo de indicadores que permitan evaluar la calidad de los procedimientos endoscópicos<sup>11</sup>. Un estudio endoscópico de alta calidad le asegura al paciente un procedimiento bien indicado con el cual se llegue a diagnósticos correctos y clínicamente relevantes, además de cuando sea necesario manejos terapéuticos y todo esto con el menor riesgo posible<sup>3</sup>.

Para conseguir este objetivo, hemos considerado el uso de un cuestionario creado por La Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal (ASGE) e implementado ya en varios estudios de satisfacción del paciente. El principal interés de las encuestas de satisfacción es conocer cuáles son los problemas de calidad más relevantes desde el punto de vista del paciente, con la finalidad de rediseñar los procesos para aproximarse a sus necesidades y expectativas<sup>12</sup>.

El Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas es uno de los Hospitales referentes del Ecuador, ofrece los servicios de Emergencias, Hospitalización, Unidad de Cuidados Intensivos, Consulta Externa en 36 especialidades médicas, Centro de Imagen, Laboratorios, Chequeo Médico Ejecutivo, con el respaldo de profesionales médicos, enfermeras y personal administrativo que permite atender, a diario, a más de 800 pacientes. El servicio de Gastroenterología realiza alrededor de 3384 procedimientos endoscópicos anuales, conformándose como uno de los servicios con mayor afluencia de pacientes. Es por esta razón que hemos decidido realizar esta investigación con la colaboración del mencionado servicio.

El propósito de esta investigación fue valorar el nivel de satisfacción de los pacientes sometidos a endoscopia digestiva en el servicio de gastroenterología de un hospital de tercer

nivel, con esto de manera indirecta medir si el procedimiento se aplica cumpliendo parámetros de calidad, pese a que cada paciente es diferente y que su valoración es completamente subjetiva, no podemos despreciar el hecho de que la satisfacción es el resultado final de cualquier servicio, por lo que creemos conveniente impulsar a que estudios como este se realicen en el país y se evidencie que la calidad de los servicios y procedimientos está dentro de parámetros mundiales.

Además nos centramos en la identificación de factores relacionados tanto con el paciente como con el servicio que influyan de manera significativa en el resultado final de la satisfacción; todo esto, indispensable para determinar y reconocer falencias que puedan ser corregidas, potenciar factores que aumentan el nivel de satisfacción, propios de nuestra población.

## **CAPÍTULO II**

### **REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

#### **CALIDAD EN MEDICINA**

##### **Definición e Historia**

Los primeros informes de calidad en medicina y garantía de calidad se centraron en recursos físicos y talento humano; se originaron en el siglo XIX con el interés de Florence Nightingale por la higiene durante la guerra de Crimea, así como la importancia que dio al papel de la enfermera en la organización del entorno. Hay que reconocer que este personaje tuvo gran relevancia en la evolución del entendimiento y de la práctica de la calidad en salud, pues fue quien introdujo las primeras normas de atención sanitaria, las cuales produjeron una notable reducción de los índices de mortalidad en los hospitales.<sup>13,14</sup>

Se continuó en 1954 cuando se creó en Estados Unidos la comisión conjunta para la acreditación de los hospitales, quien estableció los niveles mínimos aceptables de instalaciones, equipos, organización administrativa y profesional y calificaciones profesionales. Al pasar los años se fue dando mayor importancia a la evaluación de los servicios, así lo demuestra la historia del Seguro Social Mexicano que en la década de los sesenta inicia programas de evaluación de calidad en salud.<sup>2</sup>

Esta idea se fue globalizando y ya en 1965 España realiza sus primeros pasos hacia la estandarización y acreditación de la calidad de los servicios de salud.<sup>2</sup>

Sobre la calidad se ha hecho mención desde siempre, en distintos aspectos de la vida y desarrollo humano, existen varias definiciones de calidad de salud y cada autor defiende su postura, pues la calidad de la atención es una idea extraordinariamente difícil de definir. La

definición más conocida de Lee y Jones en forma de ocho "artículos de fe" los cuales transmiten claramente la impresión de que los criterios de calidad no son nada más que juicios de valor que se aplican a distintos aspectos, propiedades, componentes o alcances de un proceso denominado atención médica.<sup>2,17</sup>

Sin embargo se ha establecido como una definición clásica la propuesta por Avedis Donabedian que en 1980 formuló: "Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes"<sup>15</sup>

Muchas organizaciones han dado su definición y punto de vista, la International Organization for Standardization (ISO), en 1989 definió que: "Calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado"<sup>15</sup> y en 1991 la Organización Mundial de la Salud dijo que: "Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite".<sup>2,3</sup>

Actualmente las definiciones conservan las bases propuestas, pero ha evolucionado en otros parámetros por ejemplo la Dra. Palmer R.H. de la Universidad de Harvard mantiene que la calidad en salud es ofrecer servicios accesibles y equitativos con un gran nivel profesional, teniendo en cuenta los recursos disponibles; y enfatiza que con todo esto se debe lograr la satisfacción del paciente.<sup>2</sup>

La definición más simple y lacónica es: "Hacer lo correcto en la forma correcta, de inmediato" formulada por W. Edwards Deming.



En base a lo que hemos definido, la evaluación de la calidad en la atención médica puede realizarse desde diferentes enfoques, englobados en 3 esferas o componentes: las expectativas de las instituciones de salud, el paciente y el personal de salud<sup>3</sup>. Inicialmente se basaba casi exclusivamente en el componente técnico-médicos, refiriéndose a estos como la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de los problemas de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos; pero últimamente se ha dado una mayor importancia al componente interpersonal y de confort, el cual está basado en el postulado de que la relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general; por confort se entiende la satisfacción del destinatario final, misma que se ha entendido como los elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más confortable, y como se ha descrito previamente, ésta no está exclusivamente en función de la calidad y resultados del acto médico, sino de aspectos relacionados con el trato humanitario, la relación médico-paciente, la información, entre otras.<sup>4</sup>

Bajo todo este análisis de calidad se han definido dimensiones o también llamadas cualidades o atributos de la calidad en la atención en salud, los cuales tienen una clara influencia en los enfoques y métodos que se empleen para evaluar la atención médica y se mencionan a continuación.

#### **Dimensiones de la calidad de la atención en salud**

- **Efectividad:** La probabilidad de beneficio o capacidad de un determinado procedimiento o tratamiento en su aplicación real(condición de uso normales) para obtener los objetivos propuestos.<sup>18</sup>

- **Eficiencia:** suministrar el mayor beneficio dentro de los recursos con los que se cuenta.<sup>14</sup>
- **Eficacia:** La probabilidad de beneficio que pueda proporcionar a los individuos la aplicación de determinada tecnología en condiciones ideales de uso. La evaluación de la eficacia debe responder a las preguntas: Cuando el tratamiento se aplica correctamente, ¿Produce los resultados deseados? y ¿Es el tratamiento recomendado y la tecnología usada la más apropiada para el medio en el cual se presta el servicio?<sup>14,18</sup>
- **Accesibilidad:** Facilidad con que puede obtenerse la asistencia frente a barreras económicas, organizativas, culturales, geográficas, sociales o lingüística. El social o cultural se relaciona con la aceptabilidad de los servicios ofrecidos, teniendo en cuenta los valores culturales y las actitudes locales. El organizacional se refiere a la medida en que la organización de servicios es conveniente para los posibles clientes; las horas de atención de las clínicas y los sistemas de turnos, el tiempo de espera y la modalidad de la prestación de servicios son ejemplos de cómo la organización de estos últimos puede crear barreras para el uso de los mismos.<sup>18</sup>
- **Competencia profesional:** Capacidad del profesional para la mejor utilización de sus conocimientos a fin de proporcionar cuidados y satisfacción a los usuarios; mediante la ejecución de las pautas y normas para el ejercicio de la profesión y la realización en términos de fiabilidad, precisión, confiabilidad y uniformidad.<sup>14</sup>
- **Aceptabilidad:** Es el grado de colaboración del paciente. La medida en que el paciente acepta y cumple el plan de tratamiento y los cuidados prescritos.<sup>18</sup>
- **Continuidad:** Que la atención se provea de forma ininterrumpida y coordinada entre proveedores e instituciones. Los servicios deben ofrecerse en forma constante.<sup>14</sup>

- **Satisfacción del Usuario:** Manera en que la atención es percibida por el usuario y sus reacciones como consecuencia de ello; es el arte de la atención, misma que esta direccionada bajo algunos subcomponentes:<sup>18</sup>

*Aspectos organizativos:* tiempo de espera, ambiente físico, etc;

*Efecto de la atención sobre el estado de salud;*

*Trato recibido:* empatía, información veraz, en términos comprensibles, etc.

Como norma se ha establecido que las buenas relaciones interpersonales contribuyen a la eficacia de la asesoría prestada en materia de salud y al establecimiento de una buena relación general con los pacientes. A pesar de que los servicios de salud se pueden prestar de una manera profesionalmente competente, si las relaciones interpersonales no son adecuadas se corre el riesgo de que la atención sea menos eficaz. Los problemas en esta dimensión pueden comprometer la calidad general de la atención.<sup>14</sup>

Es por ese motivo que, con respecto a todas las demás dimensiones de calidad, la satisfacción del cliente afecta la salud y el bienestar de la comunidad. Sin embargo, es importante observar que las comunidades no siempre comprenden totalmente sus necesidades en materia de servicios de salud y no están en condiciones de evaluar la competencia profesional en forma adecuada.<sup>14</sup>

Existen otros parámetros q entran dentro de las dimensiones de calidad como la suficiencia e integralidad, la equidad, la legitimidad, la oportunidad, la optimización, la atención humanizada;<sup>2</sup> todos estos y los otros atributos mencionados se agrupan en definiciones más

cortas que engloban básicamente: la calidad científico-técnica o competencia profesional, la satisfacción y la accesibilidad.<sup>18</sup>

En resumen, la calidad es el sumatorio de sus componentes o dimensiones, de tal manera que no se pueden considerar los atributos por separados o contrapuestos, sino de forma conjunta, así, si falta alguna de ellas, la conclusión es que la calidad es mejorable. Además según el pilar que se esté evaluando o el punto de vista a priorizarse pueden destacarse dimensiones, por ejemplo los miembros del grupo de salud tienden a concentrarse y preocuparse más por dimensiones como: la competencia profesional, la eficacia y la seguridad. Al ser considerados como “clientes internos” del sistema de salud necesitan y esperan recibir servicios profesionales, administrativos y auxiliares que sean eficaces y eficientes para estar en condiciones de brindar una atención de primera calidad. En el grupo de los administradores de los servicios de salud tienden a priorizar y centrarse más en dimensiones como: el acceso, la eficacia, la competencia profesional y la eficiencia.<sup>14</sup>

Por lo tanto las necesidades y expectativas de un buen sistema de salud abarcan el compromiso de varios grupos que están inmersos en la atención; de un trabajo en equipo, de retroalimentación y del desempeño correcto de cada unidad de trabajo, que en conjunto brindarán una atención de calidad.

La calidad garantiza que se cumplan normas universales y propicia a que el usuario, en este caso el paciente tenga una buena apreciación del servicio recibido, calificándolo de una buena manera, pero más importante que eso, potencia el objetivo primario de salud para que el paciente pueda recibir, aceptar y seguir los consejos médicos, los mismos que intentan y están en relación a la mejora de la salud individual y colectiva.

## **Garantía de calidad en salud**

Para poder entender este término de garantía de calidad en salud, primero nos centraremos en definirla como lo hizo Avedis Donabedian, pionero y padre de la calidad en salud, introdujo su práctica conceptualizándola como el “Conjunto de arreglos y actividades que tienen por fin salvaguardar, mantener y promover la calidad de atención”. Sin embargo una definición más amplia y desarrollada nos parece la de la Dra. Heather Palmer, quien dice que la garantía de la calidad de salud es “un proceso para determinar la calidad que analiza las deficiencias encontradas y la adopción de medidas a fin de mejorar el desempeño, seguidos de una nueva medición de la calidad para determinar si se ha logrado una mejora. Se trata de una actividad cíclica y sistemática que utiliza normas de medición.”

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, plantean que “la Calidad en Salud”, conlleva un compromiso interinstitucional que relaciona tres entes: el estado, los proveedores y los usuarios de los servicios.<sup>19</sup>

Todos los programas de calidad deberían adherirse a los siguientes principios:<sup>14</sup>

- La garantía de calidad se orienta hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y de la comunidad a la que sirve.
- La garantía de calidad se concentra en los sistemas y procesos de prestación de servicios.
- La garantía de calidad utiliza información para analizar los procesos de prestación de servicios.
- La garantía de calidad alienta un enfoque de trabajo en equipo para la solución de problemas y la mejora de la calidad.

En nuestro país, el Ministerio de Salud, se preocupa por la calidad de los servicios de salud y mantiene organismos como la Dirección Nacional de Calidad de Los Servicios de Salud, cuya misión es garantizar la calidad, eficiencia y efectividad en la prestación de los servicios de salud que brinda el Ministerio de Salud Pública, en el marco de los derechos de las personas, con el propósito de lograr la excelencia en los servicios; conforme a las políticas sectoriales, modelos de calidad, normativas y lineamientos estratégicos establecidos.

De igual manera la subsecretaría Nacional de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud tiene como misión garantizar la calidad y mejorar continuamente los servicios de salud, mediante la definición de estándares de calidad, infraestructura y equipamiento sanitario, para contribuir a mejorar la salud de la población; en concordancia con las políticas sectoriales, normativa vigente y modelos de atención aprobados.<sup>20</sup>

### **Evaluación de la calidad**

Para poder evaluar a la calidad que presta un servicio de salud, citaremos a Donabedian quien menciona que "el grado de calidad es la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre peligros y bondades" y que además incluye tres componentes básicos que se interrelacionan y funcionan de manera conjunta: la estructura, el proceso y los resultados.

Los resultados reflejan el poder de la ciencia médica para alcanzar el efecto deseado y el grado en que se aplica. En ciertas ocasiones los resultados son fáciles de medir, por ejemplo la tasa de mortalidad, pero la medición de otros parámetros que no se pueden definir tan fácilmente como la satisfacción del paciente, la readaptación social o la discapacidad, resultan difíciles de evaluar simplemente como resultado de la atención en salud.<sup>17</sup>

En cuanto a la evaluación del proceso de prestación de servicios se basa en determinar si se ha aplicado una buena atención médica, sujeta de varios parámetros.<sup>17</sup>

Por último la evaluación de la estructura se referiría al estudio de las situaciones en que tiene lugar el proceso, como la organización del sistema de salud y los recursos.<sup>19</sup>

### **Evaluación – Modelo Dropi**

Aparte del modelo propuesto por Donabedian, Galán y Colaboradores proponen el modelo de evaluación denominado CDOPRI, que tiene en cuenta seis componentes: contexto, demanda, oferta o estructura, proceso, resultado o producto e impacto o efecto, con su respectiva retroalimentación (véase figura 1-1).

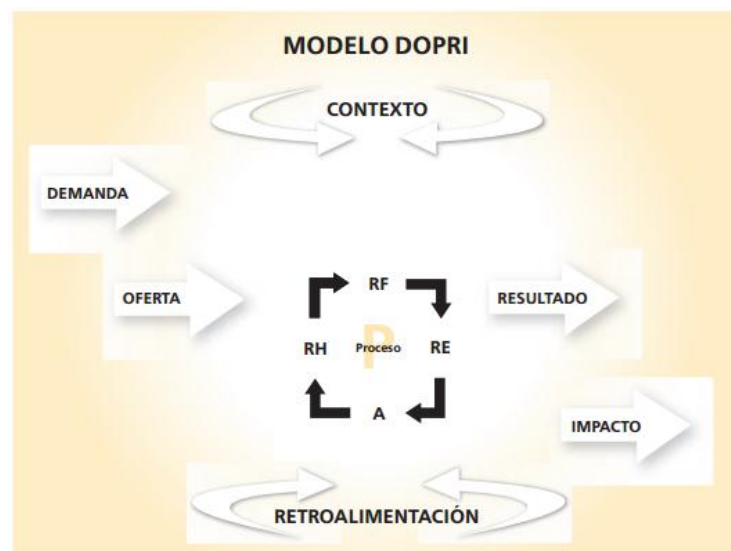


Gráfico 1. Tomado de: Ricardo Galán. Garantía de Calidad en Salud 2006

Sintetizaremos cada uno de los componentes, tomado del capítulo Sistema de garantía de calidad en salud de RICARDO GALÁN MORERA.<sup>19</sup>

- **Contexto:** Incluye a los fenómenos, circunstancias y elementos que constituyen el entorno del Sistema de Salud. Incorporando a las políticas internacionales, gubernamentales, sectoriales e institucionales, de cada entidad en particular.
- **Demanda:** Comprende la población a la que va dirigido el servicio con sus respectivas características como la edad, sexo, procedencia, nivel socioeconómico, ocupación, motivo de consulta y severidad del proceso patológico
- **Oferta o estructura:** Estudia la organización y funcionamiento de las instituciones de salud y también los recursos tanto humanos como físicos, tecnológicos y financieros, También hace referencia a los sistemas de información.
- **Proceso:** Es la base la evaluación y mide la interrelación de los diferentes recursos, con las actividades intermedias y finales de la atención en salud.
- **Resultado o producto:** Según el campo y el tipo de producto final se manifiesta de distintas formas; de manera directa evalúa cuantitativamente las actividades realizadas por ejemplo: cirugías, partos y abortos atendidos, egresos, consultas, etc.; en campos de salud preventiva se mediría las acciones relacionadas con educación en salud, inmunizaciones y saneamiento básico.
- **Impacto o efecto:** Evalúa aspectos finales y representativos como por ejemplo: la modificación del riesgo de la población de enfermar, incapacitarse o morir, el cumplimiento de programas o los cambios de actitud de los usuarios.

El fin de toda evaluación es identificar las debilidades y fortalezas de un servicio, además de considerar las amenazas y oportunidades que a este subyacen. Al llegar a las conclusiones de la evaluación integral surgirán las recomendaciones, mismas que servirán para la elaboración de planes estratégicos de mejoría de la calidad.<sup>19</sup>



## Metodología SERVQUAL

Para poder realizar una cuantificación sistemática de la calidad que percibe el usuario respecto a un servicio se desarrolló varias técnicas, entre ellas la metodología SERVQUAL, este modelo puntualiza cinco dimensiones que caracterizan a un servicio, representadas en un cuestionario de 22 preguntas del cual se puede identificar y cuantificar 5 brechas que determinan el grado de satisfacción en los clientes, y por consiguiente la calidad de un servicio.<sup>21</sup> También es conocido como el modelo de diferencias entre expectativas y percepciones de Valarie Zeithaml, A. Parasuraman y Leonard Berry.

### *Dimensiones de los servicios<sup>21</sup>:*

- **Elementos tangibles:** Características físicas y apariencia del proveedor, es decir, de las instalaciones, equipos, personal y otros elementos.
- **Fiabilidad:** implica la habilidad que tiene la organización para ejecutar el servicio prometido de forma adecuada y constante.
- **Capacidad de Respuesta:** La disposición de ayudar a los usuarios y proveerlos de un servicio rápido.
- **Seguridad:** Conocimientos y atención mostrados por los proveedores respecto al servicio y la habilidad para inspirar confianza y credibilidad.
- **Empatía:** el cuidado y la atención personalizada que ofrecen los servicios a sus usuarios

Luego del análisis del cuestionario presentado por esta metodología se llega a conclusiones mediante la identificación de las brechas que proponen los autores; las mismas que permiten descubrir y medir las ineficiencias en la gestión de los servicios.<sup>21</sup>

- **Brecha 1:** evalúa las diferencias entre las expectativas del cliente y la percepción que el personal tiene de éstas.
- **Brecha 2:** ocurre entre la percepción que tiene el personal acerca de las expectativas del usuario, las normas y los procedimientos del servicio.
- **Brecha 3:** se presenta entre lo especificado en las normas del servicio y el servicio prestado; debido a la falta de orientación sobre las normas de las necesidades del usuario.
- **Brecha 4:** se produce cuando al cliente se le promete una cosa y se le entrega otra.
- **Brecha 5:** esta brecha representa la diferencia entre las expectativas que se generan los usuarios antes de recibir el servicio, y la percepción que obtienen luego de haberlo recibido. Esta permite determinar los niveles de satisfacción de los clientes.

El concepto de calidad engloba dos pilares implicados en su evaluación<sup>23</sup>:

**La calidad objetiva:** se centra en la oferta y mide las características objetivas y verificables de los servicios

**La calidad percibida:** parte desde la demanda y hace referencia a la apreciación de los clientes o usuarios sobre dichas características.

Pese a que cada usuario vive y percibe de distinta manera el servicio, si se pueden determinar niveles generales de satisfacción cuando se obtiene información sobre las necesidades del usuario, su evaluación al servicio y la intención de volver a contratar el mismo.<sup>21</sup>

## SATISFACCIÓN

Actualmente, una de las visiones del bienestar subjetivo, sostiene que el progreso debe interpretarse según el bienestar de las personas y reflejarse en indicadores poco medibles como la satisfacción con la vida, la felicidad y estados afectivos propositivos. Cabe recalcar que la gente a menudo no tiene claro lo que la hace feliz, y le cuesta trabajo determinar su satisfacción o insatisfacción en relación con eventos del orden común. En contraste tiende a centrar su evaluación en eventos singulares y extraordinarios, como podría ser la atención a la salud en una unidad médica del sector público<sup>1</sup>.

Según Rojas<sup>22</sup>, los individuos experimentan bienestar en varios planos: el cognitivo, el afectivo, el hedónico y el místico; con distintas intensidades y con funciones diversas. El bienestar es subjetivo porque lo experimentan los sujetos. Las experiencias de tipo hedónico involucran el uso de los sentidos (olfato, vista, tacto, audición, gusto), y el bienestar se asocia con el placer o el dolor. Las experiencias de tipo afectivo, en cambio, se refieren a emociones y estados de ánimo e involucran aspectos como el amor, el orgullo, el odio y la envidia; cuando se asocian con afectaciones positivas se percibe bienestar. Las experiencias místicas están asociadas a vivencias de carácter espiritual y han sido poco estudiadas. Las experiencias de tipo cognitivo, están asociadas al alcance de metas y expectativas (logros) o a la imposibilidad de hacerlo (fracasos).

Las preguntas sobre la felicidad tienden a acercarse más a la experiencia afectiva, mientras que las de satisfacción se asocian a la experiencia cognitiva<sup>1</sup>.

Por lo tanto, para el estudio de la calidad experimentada o satisfacción, tenemos que recordar que este parámetro es evaluado por el cliente atendiendo a dos dimensiones: una técnica o de resultado que hace referencia a la *prestación efectiva* que el usuario percibe

luego de terminado el servicio. La otra dimensión es la funcional de los procesos, que involucra a la *forma* en que se recibe el servicio y como el usuario la percibe.<sup>24</sup>

La satisfacción con los servicios sanitarios es un concepto complejo que además de verse influenciado por lo ya mencionado previamente, también está relacionado con una gran variedad de factores como: el estilo de vida, las experiencias previas, las expectativas de futuro y los valores del individuo y de la sociedad. Además, se ve influenciado por la cultura de los diferentes grupos sociales, lo que propicia a que la definición de satisfacción varíe según el contexto social.<sup>23</sup>

La satisfacción con la atención en salud está influenciada por el grado en que la actuación de los profesionales asistenciales se corresponde con la expectativa del paciente, tornándose en un balance entre las expectativas y la percepción.<sup>25</sup> Sin olvidar que en el ámbito de Salud, estamos tratando con personas enfermas y con distinto grado de aceptación de su estado por lo que la percepción varía considerablemente según el diagnóstico, condición y pronóstico del paciente.

Las expectativas del paciente se ven influenciadas por 4 parámetros definidos por Parasuraman et al:

1. Comunicación boca-boca, lo que los usuarios escuchan de otros usuarios.
2. Las necesidades personales de los clientes.
3. La extensión de las experiencias que han tenido con el uso de un servicio.
4. Las comunicaciones externas de los proveedores del servicio.

A parte de las expectativas del usuario, debemos tener en cuenta en que aspectos se fijan para valorar la calidad, y que generalmente son los que se miden en cuestionarios de satisfacción <sup>23</sup>:

- ***Instrumental***: Capacidad Técnico Médica
- ***Expresivo***: Aspectos afectivos en la relación Médico-paciente
- ***Comunicación***: Intercambio de información

Luego de haber mencionado como los usuarios perciben la atención, es importante señalar por qué es importante tener en cuenta la valoración del cliente; desde la bioética, parte fundamental de la medicina, presentamos a continuación algunas consideraciones que justifican la evaluación de la satisfacción como parámetro de calidad en salud<sup>26</sup>:

1. El *principio hipocrático* según el cual el bienestar del paciente ha de ser el interés máximo de la atención médica
2. El *principio democrático* según el cual aquéllos a los que concierne una decisión han de estar implicados en ella
3. Los *derechos del consumidor*, por los que el consumidor tiene derecho a decidir aquello que él quiere
4. El *concepto de enfermedad*, no definir enfermedad solo por el componente biológico sino en todas sus esferas;

En base a lo mencionado sobre satisfacción y todos los aspectos que influyen en su definición y medición, Parasuraman et al, han propuesto un cuadro estructural, que se presenta a continuación:

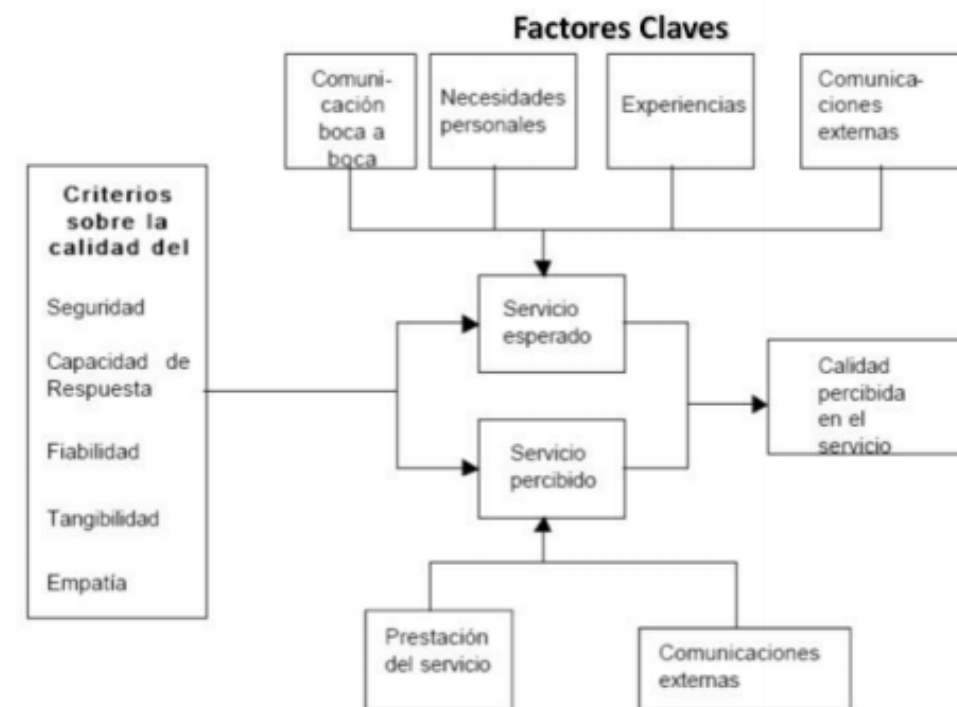


Gráfico 2. Tomado de Calidad de la atención en salud en el HUV. Percepción de los usuarios.

Tanto la satisfacción del paciente como la calidad en la atención en salud son parámetros importantes en la Gestión de Salud, que se miden específicamente según los servicios a los cuales son aplicados, resaltando factores que consideren de mayor importancia de acuerdo a las necesidades de desarrollo y evaluación; sin embargo, siempre se tomará en cuenta al concepto general, las dimensiones, y demás aspectos que ya hemos mencionado.

Para fines de nuestro estudio, nos centraremos ahora en la satisfacción del paciente tras procedimientos endoscópicos, recordando que se tratan de intervenciones molestosas y con una aceptación minúscula en la población en general.

### **Satisfacción del paciente y procedimientos endoscópicos**

Como ya habíamos mencionado, la satisfacción del paciente está influenciada por varios factores, los cuales están ligados al estado de bienestar de las personas, sin embargo, por la

variedad de significados que el bienestar previsiblemente implica, no puede ser imputado ni predeterminado desde fuera.<sup>7</sup> De manera general se acepta que representa la evaluación cognitiva o emocional del paciente sobre el desempeño del personal de salud y se basa en aspectos relevantes de su experiencia en la atención médica<sup>5</sup>.

En cuanto a la Gastroenterología endoscópica se ha visto que la evaluación periódica de la satisfacción de los pacientes mejora la calidad de los servicios que ofrecen, incluso el rendimiento de los endoscopistas<sup>28</sup>. Además que para el manejo médico de los pacientes, su satisfacción influye en la evolución de la enfermedad ya que un paciente insatisfecho elegirá en el futuro otro proveedor de servicio, no seguirá la propuesta de tratamiento o no se someterá al seguimiento adecuado<sup>29</sup>.

En un estudio realizado en México sobre el Nivel de satisfacción de pacientes tras un procedimiento endoscópico y factores asociados, se demostró que el porcentaje de pacientes totalmente satisfechos, es decir que calificaron su atención de manera excelente, es de 60.9%, y agregados aquellos pacientes que calificaron como muy bueno el porcentaje se incrementa a 90.5%<sup>9</sup>.

Como se ha mencionado constantemente la satisfacción se ve influenciada por varios factores, es por eso que se han identificado y evaluado algunos de estos, informando a los siguientes como los más importantes: la cortesía del médico y personal de enfermería,<sup>31</sup> las habilidades técnicas del médico,<sup>30,31</sup> el ambiente de la sala de endoscopia, un mayor de tiempo de discusión del procedimiento con el médico,<sup>31</sup> el tiempo de espera hasta el día de la cita y las molestias durante el procedimiento.<sup>9,29</sup>

Otro factor importante relacionado con el nivel de satisfacción del paciente es la sedación, en un estudio multicéntrico, se encontró que la puntuación global del cuestionario fue mayor

en los pacientes que se realizaron una endoscopia digestiva alta con sedación frente a los que no se sedaron<sup>29</sup>.

La habilidad del médico, la cortesía del médico y del personal de enfermería también fueron factores que influyeron de manera positiva en la satisfacción del paciente<sup>29</sup>. La insatisfacción generada por los tiempos de espera puede ser compensada por una adecuada atención al paciente<sup>32</sup>

Además de los factores mencionados la satisfacción del paciente se podría ver influenciada por factores propios del procedimiento como es la preparación, la finalidad, el endoscopista sea este médico tratante o residente y factores externos como la información recibida a través de familiares o amigos, la aprehensión, la imagen pública del centro sanitario; todos estos factores no han sido evaluados, y deben tomarse en cuenta el momento de analizar los datos obtenidos sobre satisfacción en los diferentes estudios<sup>33</sup>.

Con la evaluación de la satisfacción del paciente y los factores que en esta influyen se puede identificar los principales problemas de calidad en la endoscopia digestiva, con estos resultados lo óptimo es que los miembros de la unidad conozcan los resultados y las modificaciones progresivas que han de adoptarse para mejorar los índices de satisfacción<sup>34</sup>.

A continuación se profundizara en algunos de estos factores:

- **Temporalidad en la endoscopia**

Con este término hacemos referencia a que los procedimientos endoscópicos deben realizarse con una medición del tiempo, específicamente y con más relevancia clínica nos enfocamos en el intervalo de tiempo entre que se decide realizar una endoscopia y el momento en el que se realiza efectivamente, ya que es uno de los factores que influyen



en la satisfacción del paciente. La tardanza en la realización de una endoscopia puede ser perjudicial en algunas situaciones clínicas y frustrantes para el médico tratante. Se recomienda para evitar inconvenientes, el otorgamiento oportuno de citas para endoscopia, entendiéndose a este como el que se percata de: la indicación, del procedimiento y de las preferencias del paciente. A pesar de que no se pueden recomendar intervalos óptimos ó aceptables, la medición de esos intervalos sería útil, para mejorar la calidad del proceso.<sup>35</sup>

- **Sedación en la endoscopia**

La sedación permite una mejor tolerancia, en la actualidad, las endoscopias se suelen llevar a cabo bajo “sedación consciente” que involucra sedación moderada y analgesia, en la que existe respuesta a estímulos táctiles y auditivos y mantenimiento de la función cardiorrespiratoria<sup>36</sup>

Puede considerarse el uso de sedación profunda en la ultrasonografía endoscópica (USE), la colangiopancreatografía retrograda endoscópica (CPRE), y en las técnicas de endoscopia terapéutica avanzada. El fármaco de elección para esta sedación es el propofol ya que tiene un rápido efecto, acortar el tiempo de recuperación y tiene un riesgo mínimo<sup>36</sup>

En un estudio multicéntrico se observó que, los pacientes no sedados respondieron con mayor frecuencia negativamente a la pregunta sobre molestias durante la prueba además que influye sobre la valoración global de la satisfacción<sup>29</sup>.

## **Evaluación de la Satisfacción**

Alvarado y Vera, mencionan que existe una limitación importante para la comparación de los diferentes estudios de satisfacción ya que los resultados obtenidos están estrechamente relacionados con la técnica de medición utilizada.<sup>27</sup>

En muchos estudios de calidad se emplea un número mínimo de divisiones para clasificar la atención, considerada como un conjunto, en categorías como "excelente", "buena", "regular" o "mala". La posición relativa de una persona en cada conjunto se puede especificar más computando el porcentaje de casos en cada categoría de la escala<sup>17</sup>

## **Cuestionario de Satisfacción en procedimientos endoscópicos**

Para poder medir la satisfacción del paciente en procedimientos endoscópicos varios estudios han utilizado un cuestionario breve adaptado (GHAA-9m), que es el recomendado actualmente por la *American Society for Gastrointestinal Endoscopy* (ASGE). El original fue traducido al castellano con ayuda de intérpretes profesionales y se usa en países de habla hispana con la misma validez, además al ser el único aceptado permite la comparación entre hospitales<sup>33</sup>.

Se utiliza una escala sencilla, de cinco puntos, (de Ware y cols), fácil de interpretar, consta de siete preguntas relativas a diferentes aspectos (tiempo de espera para la cita, tiempo de espera en la unidad al llegar para la cita, información recibida, cortesía del médico, cortesía del personal, evaluación de la habilidad del médico, satisfacción global del paciente con el procedimiento) y dos preguntas sobre aceptabilidad para una nueva endoscopia del médico y de la clínica<sup>33</sup>.

Se piensa que el cuestionario debería realizarse tiempo después de haberse realizado el procedimiento ya que la percepción a largo plazo debe estar menos influenciada por la propia enfermedad, los hallazgos, la toma de decisión posterior a la endoscopia y debería ser una opinión final más próxima a la realidad además que esta será la que se transmita al resto de la población.<sup>33</sup>

El cuestionario podría ser modificado en función de los factores que se consideren importantes investigar; así en opinión de los autores del estudio “Validación de un cuestionario breve sobre satisfacción del paciente en endoscopia digestiva” el cuestionario es flexible para adaptarse a las necesidades de cada unidad de endoscopia manteniendo la escala y la cuestión de puntuación general de la prueba.

El principal defecto potencial de este cuestionario radica en el hecho de que no ha sido elaborado específicamente para la endoscopia digestiva. Los cuestionarios específicos se elaboran a partir de una fase de investigación cualitativa, que se lleva a cabo mediante entrevistas en profundidad o grupos focales<sup>29</sup>.

## ENDOSCOPIA DIGESTIVA

La palabra «endoscopia» significa en griego «mirar, observar dentro»; en un primer momento, la endoscopia digestiva fue exclusivamente un método diagnóstico a través de diferentes aparatos ópticos que permitían explorar el tubo digestivo<sup>37</sup>, luego su utilidad y aplicación se hizo mucho más amplia, siendo actualmente un método terapéutico.

En Estados Unidos, la Endoscopia Digestiva Alta y la baja constituyen, tanto en el ámbito ambulatorio como en el hospitalario, las pruebas diagnósticas más frecuentemente solicitadas por especialistas y médicos generales<sup>38</sup>.

Dada la alta prevalencia de síntomas como la dispepsia o los derivados del reflujo gastroesofágico, se ha llegado a estimar que aproximadamente el 1% anual de la población general puede requerir una endoscopia digestiva alta (EDA). Un informe recientemente emitido por la British Society of Gastroenterology establece que en unidades de endoscopia de acceso abierto la demanda de EDA es de 15 exploraciones por 1.000 habitantes/año, lo que representa 3.750 procedimientos al año para una unidad de endoscopia con un área de referencia de 250.000 habitantes<sup>39</sup>.

A parte de ser una prueba diagnóstica de primera línea, se ha consolidado como un tratamiento eficaz en ciertos casos como hemorragia digestiva alta por lesiones pépticas, estenosis del tubo digestivo, extracción de cálculos en colédoco, tratamiento paliativo de tumores digestivos, entre otras<sup>41</sup>. Pese a ser un procedimiento universal y muy utilizado, no está exento de complicaciones, por lo que siempre se debe manejar bajo la buena práctica clínica, bajo normas universales y otros parámetros que entran en lo que es la calidad del procedimiento.

Se reconocen tres etapas que se basaron en la evolución y desarrollo del endoscopio<sup>37</sup>:

## 1. Endoscopía rígida (1807 – 1932)<sup>37</sup>.

La primera descripción de la endoscopia fue realizada por Hipócrates en Grecia (460-375 AD), refiriéndose a un espéculo rectal<sup>37</sup>.

En 1806, el médico obstetra Philipp Bozzini, nacido en Frankfurt, publica sus estudios realizados para iluminar las cavidades internas e intersticios del cuerpo animal vivo. En 1809 reemplaza la iluminación de la vela por un conductor de luz que lo llamó “Lichtleiter” con el fin de iluminar las cavidades internas del cuerpo y así lograr describir lo encontrado en la porción superior del esófago<sup>37</sup>.

Además también se describe en 1826 el uso del endoscopio en las vías genitourinarias por John D. Fisher y Pierre Salomón<sup>37</sup>.

En 1850, el Padre de la endoscopía Antonin Jean Desmoreaux; uso el conductor de luz diseñado por Philipp Bozzini en el aparato gastrointestinal pero tuvo varias complicaciones relacionadas con la fuente de luz como quemaduras por lo cual se sigue limitando este equipo al campo de la urología.

Como resultado de estas complicaciones Maximilian Nitze crea la primera óptica endoscópica con luz eléctrica incluida en la misma como fuente de luz, sin embargo este instrumento se sigue usando en procesos urológicos<sup>37</sup>.

En 1868 se idea el primer gastroscopio por Adolf Kussmaul médico alemán<sup>37</sup>.

En 1881 Johann Mikulicz y Leiter se ganan el título de fundadores de la gastroscopía, quienes usaron la fibra óptica ideada por Nitze y crean el primer gastroscopio que tenía la punta con una angulación de 30 grados, la iluminación era proporcionada por un asa de platino y la

insuflación del estómago con una bombilla y así empiezan a realizar las primeras gastroendoscopías de control a los pacientes sometidos previamente a cirugía gástrica<sup>37</sup>.

## 2. Endoscopia semiflexible (1932 -1957)<sup>37</sup>

En 1932 Rudolf Schindler escribe el primer libro “diagnóstico gastroscópico” después de usar el endoscopio para sus estudios<sup>37</sup>.

Los dos más importantes inventos en la historia de la endoscopia: el sistema de lentes rod y la fibra óptica fueron creados por Harold H. Hopkins<sup>37</sup>.

George Wolfry y Rudolf Schindler, crean un endoscopio rígido con una porción flexible de 24 cm de largo<sup>37</sup>.

En 1952 Uji y la Corporación Olympus en Japón, crea la primera gastrocámara la cual les permitía tomar múltiples fotos sin embargo no les permitía tomar biopsias<sup>37</sup>.

Heinrich Lamm demuestra que los hilos de fibra de vidrio mantenían su capacidad de transmisión incluso cuando se flexionaban, con esto en 1957 se crea el primer endoscopio flexible de 11 mm de diámetro, de visión lateral y su fuente de luz era una bombilla eléctrica. Luego se inventa el endoscopio de visión frontal con canal de biopsia, de insuflación y una fuente de luz externa<sup>37</sup>.

En 1963 se realiza el primer estudio del colon por endoscopia por Burell y en 1964 Olympus fabrica un fibroscopio con angulación de 120 grados<sup>37</sup>.

En 1967 se da a conocer el primer colonoscopio de fibra óptica por Overholt quien trabajaba con ACMI (la compañía que empieza a comercializar el endoscopio de fibra óptica)<sup>37</sup>

En 1968 William Mc Cune realiza la canulación de la ampolla de Vater y Oi en 1970 en Japón, describe minuciosamente la canulación de la papila, iniciándose el estudio, diagnóstico y manejo de padecimientos biliopancreáticos<sup>37</sup>.

En 1970 se elabora el primer endoscopio de 105cms con movilidad en cuatro direcciones con fuente de luz fría y la capacidad de tomar fotografías con cámara de 35 mm<sup>37</sup>.

Classen y Kawai en 1974 realizan la primera esfinterotomía endoscópica<sup>37</sup>.

En 1979 Soehendra en Alemania realiza la colocación de prótesis biliares por primera vez<sup>37</sup>.

### 3. Videoendoscopia (1983 a la actualidad)<sup>37</sup>

En 1983 Sivak y Fleischer cambia el haz de fibras ópticas por un microtransistor fotosensible, lo que les permitía grabar, tomar fotografías en series, amplificar las imágenes, transmitir la imagen a distancia, entre otros, modificando la historia de la endoscopia<sup>37</sup>.

En 1992 la casa Olympus y Fujinon inventan endoscopios que les permiten magnificar ciertas partes para evidenciar patologías que no se podrían ver en su tamaño normal<sup>37</sup>.

En 2001 Paul C. Swain inventa la cápsula endoscópica que al ser deglutida por el paciente permite tomar dos fotografías por segundo de todo el aparato gastrointestinal, obteniendo hasta 50 000 fotografías, que posteriormente se pueden visualizar en una computadora. Sin embargo tenía algunas desventajas como que no se podían reutilizar y no permitía tomar muestras de biopsia<sup>37</sup>.

A parte de ser una prueba diagnóstica de primera línea, se ha consolidado como un tratamiento eficaz en ciertos casos como hemorragia digestiva alta por lesiones pépticas, estenosis del tubo digestivo, extracción de cálculos en colédoco, tratamiento paliativo de tumores digestivos, entre otras<sup>40</sup>. Pese a ser un procedimiento universal y muy utilizado, no

está exento de complicaciones, por lo que siempre se debe manejar bajo la buena práctica clínica, bajo normas universales y otros parámetros que entran en lo que es la calidad del procedimiento<sup>37</sup>.

### ***Indicaciones de la endoscopia***

Antes que todo, se debe aclarar que no existe un método universalmente aceptado que permita unificar los criterios relacionados con la idoneidad de la indicación de la endoscopia y que depende de si el sistema médico es privado o público<sup>40</sup>.

La competencia de cualquier procedimiento se define en función del riesgo-beneficio, se considerara idóneo cuando el beneficio supere lo suficiente al riesgo y a las molestias que genera la realización de la endoscopia, para que merezca ser llevado a cabo<sup>42</sup> con la disminución del número de procedimientos que se realizan sin una indicación apropiada, se combate en: morbilidad, costos y servicio<sup>42</sup>.

Entre los criterios más aceptados están los propuestos por la ASGE en EE.UU<sup>43</sup> y los planteados por el EPAGE en Europa<sup>44</sup>. Según los criterios de la ASGE, en un estudio se evidencia que los pacientes presentaron una indicación inapropiada en un 18,4% remitidos por médicos generales y un 18,6% de los pacientes remitidos por gastroenterólogos lo cual no fue estadísticamente significativo; datos comparables al utilizar los criterios del EPAGE, realizado en el mismo estudio. Los Autores concluyeron que “El grado de idoneidad en las indicaciones de la EDA que consiguen los médicos generalistas de atención primaria es similar al que alcanzan los médicos gastroenterólogos”<sup>45</sup>.

Podemos clasificar a las indicaciones de la endoscopia en diagnósticas y terapéuticas a continuación enumeramos algunas de éstas<sup>37</sup>:



## **1. Diagnóstica:**

- Molestias persistentes de la parte alta del abdomen, que no ceden al tratamiento sintomático
- Vómitos persistentes
- Disfagia/odinofagia/estrecheces
- Reflujo gastroesofágico
- Valoración en la ingesta de cáusticos
- Valoración adicional de una serie esofagogastriduodenal anormal
- Hemorragia de la parte alta del tubo digestivo
- Cuerpo extraño
- Necesidad de aspiración/biopsia duodenal
- Poliposis familiar
- Enfermedad sistémica con enfermedad conocida en parte alta del tubo digestivo

## **2. Terapéutica:**

- Hemostasia de lesiones sangrantes
- Extirpación de pólipos
- Resección de lesiones mucosas y submucosas
- Destrucción de lesiones mucosas por métodos térmicos

- Dilatación de estenosis
- Extracción de cuerpos extraños
- Tratamiento paliativo de estenosis con prótesis
- Tratamiento de fístulas
- Tratamiento paliativo de tumores malignos
- Gastrostomía y yeyunostomía percutánea
- Tratamiento del reflujo gastroesofágico y sus complicaciones
- Tratamiento del divertículo de Zenker

### **CALIDAD EN LA ENDOSCOPIA**

Un procedimiento endoscópico de alta calidad involucra que este correctamente indicado, que diagnostique o excluya patologías clínicamente relevantes, además que se efectúen terapéuticas cuando sea necesario; todo esto con el menor riesgo posible para el paciente<sup>46,47</sup>. Existe un interés creciente en medir la calidad de la actuación en endoscopia digestiva, para así mejorarla<sup>47</sup>

Los indicadores de calidad, deben ser clínicamente relevantes, fácilmente medibles, representativos de cuidados de alta calidad, que se correlacionen con los mejores resultados y basados en la evidencia cuando esto sea posible<sup>47</sup>

El consenso mexicano sobre Calidad en Endoscopia Gastrointestinal, publicado en el 2011 aprobó que “los requerimientos mínimos de una sala de endoscopia incluyen oximetría de pulso, monitoreo de signos vitales, camilla acondicionada, tomas de oxígeno y aspiración,

carro rojo para reanimación cardiopulmonar, contenedores de residuos peligrosos biológicos infecciosos con proceso de eliminación y equipo endoscópico con mantenimiento apropiado para los procedimientos que se lleven a cabo en esa unidad”, además que el equipo de trabajo durante el procedimiento endoscópico debe incluir como mínimo un endoscopista certificado, personal de enfermería con adiestramiento en endoscopia y sistema administrativo.

La realización de determinadas pruebas de laboratorio y gabinete previas al procedimiento: estudio de coagulación, radiología de tórax, electrocardiograma, hemograma o pruebas bioquímicas; no son estrictamente necesarias en población sana, debido a una bajo reporte de anomalías, aunque en muchos servicios se suelen solicitar para una mayor seguridad<sup>40</sup>.

Se han mencionado algunos puntos de buena práctica en la endoscopia: contar con pacientes correctamente preparados e informados, crear estrategias para minimizar los riesgos (preparación del paciente y monitorización), uso apropiado de la medicación, incluyendo sedación y analgesia, elección correcta del equipamiento, intubación confortable, exploración completa, reconocimiento de anormalidades, documentación fotográfica y de video, apropiada extracción de muestras, evitar, reconocer y manejar complicaciones, un suave despertar, explicar los hallazgos, realizar recomendaciones claras y detalladas, contar con un plan de seguimiento, integrar resultados de anatomía patológica, comunicar estos resultados y contar con documentación completa<sup>47</sup>.

En cada procedimiento endoscópico, los indicadores de calidad se consideran en tres períodos: pre-procedimiento, intra-procedimiento y post-procedimiento. Los más importantes se resumen en: Indicaciones, consentimiento informado, estratificación de

riesgo, reporte del estudio endoscópico y criterios de alta e indicaciones al alta<sup>48</sup>. Vamos a enfatizar algunos de ellos:

1. Una endoscopia de alta calidad es aquella que se realiza por una indicación clara, que permite realizar diagnósticos acertados y que no solo sea diagnóstica sino también terapéutica en ciertos casos con un mínimo riesgo de complicaciones<sup>47</sup>.
2. Una endoscopia de alta calidad es aquella que sirve para tomar una conducta adecuada que mejore tanto la calidad de vida como el pronóstico del paciente<sup>47</sup>.
3. Siempre se debe detallar en el informe del procedimiento la indicación por la cual se le ha realizado<sup>47</sup>.
4. En ciertos pacientes con mayor riesgo de infección se administran antibióticos previos a la realización de la endoscopia<sup>47</sup>.
5. Posterior al proceso endoscópico se realiza un manejo terapéutico clínico que lo complementa en caso de ser necesario<sup>47</sup>.
6. Sirve para realizar diagnósticos histológicos como por ejemplo el esófago de Barrett<sup>47</sup>.
7. En el caso del diagnóstico de esófago de Barrett se realizan los procesos endoscópicos posteriores de seguimiento en el tiempo indicado según los protocolos<sup>47</sup>.
8. Se realiza una clasificación de la extensión del esófago de Barrett de acuerdo a la clasificación Praga<sup>47</sup>.
9. En caso de encontrarse la causa de una hemorragia gastrointestinal debe ser descrita en el informe endoscópico<sup>47</sup>.

10. Además de ser una herramienta diagnóstica es una de las opciones terapéuticas en el caso de hemorragia gastrointestinal<sup>47</sup>.
11. Se toman biopsias en caso de úlcera gástrica<sup>47</sup>.
12. Se detalla en el informe endoscópico la calidad de la preparación intestinal; utilizando la escala de Boston en el caso de colonoscopia<sup>47</sup>.
13. En caso de colonoscopia se detalla si se llega a ciego y se documenta la imagen de la válvula ilececal<sup>47</sup>.
14. Se informa el número, las características y la localización de los pólipos en caso de encontrarlos y la conducta que se va a tomar<sup>47</sup>.
15. Se detalla el tiempo de revisión del colon<sup>47</sup>.
16. Se realizan colonoscopías de control en el tiempo indicado según protocolos en el caso de cáncer de colon, resección de pólipos y enfermedad inflamatoria intestinal<sup>47</sup>
17. En caso de enfermedad inflamatoria intestinal se toman biopsias tomando en cuenta las recomendaciones de número y distribución<sup>47</sup>
18. Se realizan biopsias de mucosa colónica en los pacientes con diarrea crónica<sup>47</sup>
19. Se intenta hacer la resección de los pólipos de difícil localización por lo menos en una ocasión y se remite a Cirugía los casos en los que no se ha logrado<sup>47</sup>
20. Se detallan las complicaciones de la colonoscopia en el informe<sup>47</sup>
21. Se informa también los casos de canulación exitosa, las imágenes fluoroscópicas y endoscópicas y las complicaciones en una colangiopancreatografía<sup>47</sup>

22. Se documentan por escrito y por imágenes, cuando sea posible, las alteraciones encontradas<sup>47</sup>

24. Se registra en el informe el número y la localización de las muestras histológicas tomadas en caso de haberlas tomado<sup>47</sup>

**Profilaxis Antibiótica:** Durante la realización del procedimiento puede existir translocación bacteriana debido al daño de la mucosa que ocurre en la endoscopia; esto puede ocasionar infecciones locales o a distancia como la endocarditis bacteriana. Aunque la profilaxis antibiótica en endoscopia digestiva se utiliza con mucha frecuencia, la evidencia científica no siempre la avala<sup>40</sup>.

Aunque no son muchos los casos en los que se produce endocarditis bacteriana a partir de una endoscopia, existen ciertos casos en los que algunos factores importantes podrían aumentar las posibilidades de esta infección, por ejemplo en un paciente que presente colangitis y se realice una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) se debería realizar un manejo preventivo con antibioticoterapia contra gérmenes que podrían causar endocarditis bacteriana como el enterococo; en este caso se recomienda utilizar amoxicilina 2 g v.o. o ampicilina 2 g i.v. 1 h antes del procedimiento y continuar 5-7 días después. En caso de no poder utilizar alguno de estos medicamentos se podría utilizar vancomicina 1gr IV antes de la exploración<sup>40</sup>.

**Tabla 39-1 Profilaxis antibiótica**

Tipo de paciente	Procedimiento	Recomendación
Cualquier patología cardíaca	Cualquier procedimiento	No recomendado
Alto riesgo de endocarditis bacteriana – Válvulas protésicas – Historia de endocarditis – Shunt pulmonar – Prótesis vasculares < 1 año – Enfermedades congénitas cianóticas – Trasplante cardíaco con enfermedad valvular	Infección activa por enterococo (colangitis) y CPRE	Recomendado
Obstrucción vía biliar no drenada	CPRE	Recomendado
Seudoquistes pancreáticos	CPRE USE-PAAF	Recomendado
Lesiones sólidas tracto GI superior	USE-PAAF	No recomendado
Lesiones sólidas tracto GI inferior	USE-PAAF	No hay datos
Lesiones quísticas en aparato digestivo y mediastino	USE-PAAF	Recomendado
Cirrosis y HDA	Todos procedimientos y todos pacientes	Recomendado, desde ingreso
Pacientes inmunosuprimidos	Dilatación endoscópica, esclerosis de varices	Sin datos
	EDA, colonoscopia con o sin biopsia, polipectomía, ligadura de varices	No recomendado
Todos los pacientes	GEP	Recomendado
Prótesis vasculares y dispositivos no valvulares cardiovasculares	Cualquier procedimiento	No recomendado
Prótesis articulares	Cualquier procedimiento	No recomendado

CPRE: colangio pancreatografía retrógrada endoscópica; USE: ultrasonografía endoscópica; PAAF: punción-aspiración con aguja fina; GI: gastrointestinal; HDA: hemorragia digestiva alta; EDA: endoscopia digestiva alta; GEP: gastrostomía endoscópica percutánea.

Cuadro 1. Tomado de: M.A. Simón Marco y J.D. Morillas Sainz. Tratamiento de las enfermedades Gastroenterológicas. Tercera edición; España; Asociación Española de Gastroenterología 2011.

**Estratificación del riesgo:** Antes de la sedación se debe hacer una valoración referida al alto ó bajo riesgo de complicaciones, por lo que se utiliza la clasificación de acuerdo a la escala ASA de la Asociación Americana de Anestesiología <sup>46,47</sup>.

**Documentación fotográfica:** Las anormalidades mayores deben documentarse fotográficamente, ó en formato de video<sup>31</sup>, material que debe ser entregado y explicado al paciente<sup>46,47</sup>.

**Alta e Instrucciones:** Debe asegurarse que el paciente ha alcanzado un criterio predeterminado de alta, los mismos que son establecidos por la Unidad de Endoscopia. Además debe entregarse instrucciones escritas que incluyan las restricciones dietéticas, cómo retomar la medicación habitual y el retorno a las actividades cotidianas<sup>47</sup>.

### **COMPLICACIONES DE LA ENDOSCOPIA**

En cuanto a las complicaciones se ha establecido que su incidencia es baja (0,13%), con un índice de mortalidad del 0,004%. La mayoría de estas que incluso llegan a ser mortales se deben a causas cardiopulmonares relacionadas con la sedo-analgesia, además perforación, sangrado e infección.<sup>40</sup>

Entre otros efectos menos graves se encuentran: dolor abdominal auto limitado, fiebre, vómitos, distensión abdominal, dificultad deglutoria y flebitis periférica<sup>40</sup>

Se calcula que sólo existe una complicación entre cada 1 000 exploraciones diagnósticas, y un máximo de una muerte por cada 10 000 procedimientos. En cualquier caso, debemos conocer y estar preparados para diagnosticar y tratar las complicaciones, tanto las mayores, como las menores<sup>37</sup>.

#### ***Complicaciones mayores<sup>37</sup>:***

##### **1. Perforación**

Generalmente suele ocurrir a nivel de hipofaringe en las introducciones a ciegas aunque todo el tubo digestivo podría estar afectado. Lo más probable es que se produzca por la



introducción del endoscopio aunque también se podría dar al introducir las pinzas. La clínica de una perforación es fácil de reconocer por el intenso dolor que presenta el paciente al momento de la lesión.

La perforación puede ocurrir por:

- Complicación del instrumento
- Complicación del propio paciente: pacientes debilitados, desnutridos, etc.
- Estenosis, cáusticos, etc.

## 2. Hemorragia

La más frecuente es la hemorragia secundaria a técnicas terapéuticas. Es rara la hemorragia secundaria a la toma de biopsias sin embargo puede ocurrir tanto en lesiones sangrantes como en tejido sano por esta razón se debe tener cuidado en la toma de las biopsias sobre todo en la región del cardias por la forma que adoptan las várices en esta zona, se recomienda no tomar biopsias en la endoscopia de urgencia nada más que en lesiones concretas y con pocas posibilidades de sangrar. Se debe tener en cuenta el uso de anticoagulantes a antecedentes de patologías de la coagulación.

## 3. Reacciones medicamentosas severas

En el caso de utilizar sedación siempre existe la posibilidad de presentar reacciones adversas severas como insuficiencia respiratoria aguda y paro respiratorio por lo cual debemos estar preparados para realizar las maniobras de resucitación. Otro de los efectos que puede producir es somnolencia después del procedimiento por la sedación por lo que se prohíbe la conducción de vehículos después de realizarse una endoscopia con sedación por riesgo de accidentes de tránsito.

### 3. Alteraciones cardiopulmonares

Aunque la posibilidad de presentar una arritmia en un procedimiento endoscópico no es muy frecuente pero se debe conocer que es una de las complicaciones para tomar las medidas adecuadas.

### 4. Infecciones.

Aunque el porcentaje de bacteremias en una endoscopia digestiva es del 4.4% y el riesgo de endocarditis bacteriana es muy bajo existen casos en los que es necesario realizar profilaxis antibiótica. .

#### ***Complicaciones menores<sup>37</sup>:***

Entre las que podemos llamar complicaciones menores se encuentran aquellas que no son menos importantes pero si menos frecuentes y tienen menor riesgo de poner en peligro la vida del paciente.

**Tabla 2. Complicaciones mayores y menores**

Complicaciones mayores	Complicaciones menores
<ul style="list-style-type: none"><li>• Perforación.</li><li>• Hemorragia.</li><li>• Reacciones medicamentosas severas</li><li>• Alteraciones cardiopulmonares.</li><li>• Transmisión de infecciones.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mordedura de la lengua, labio, roturas dentales.</li><li>• Luxación acromioclavicular.</li><li>• Luxación mandibular</li><li>• Traumatismos de poca importancia.</li><li>• Espasmo laríngeo.</li><li>• Faringitis.</li><li>• Afonía</li></ul>

Cuadro 2. Tomado de: Tópicos Selectos en Medicina Interna – GASTROENTEROLOGÍA. Drs. José Watanabe, Juan José Bonilla, María Villanueva, TallulahGargurevich

## COLONOSCOPIA

La colonoscopia es en la actualidad el mejor estudio existente para explorar el colon e íleon terminal. Este estudio al ser uno de los estudios más complicados dentro de los procedimientos endoscópicos necesita de mucha experticia sobre tanto la técnica como los conocimientos anatómicos y fisiológicos del aparato digestivo. Las causas que podrían impedir la realización del procedimiento son: estenosis, adherencias, mala preparación del paciente y las fijaciones naturales del mesocolon y las configuraciones anatómicas individuales que no impiden pero hacen del procedimiento algo más doloroso<sup>37</sup>.

### Indicaciones de la Colonoscopia

#### **1- Diagnóstica<sup>37</sup>:**

- Hemorragia digestiva baja: hematoquezia, rectorragia
- Diarrea crónica
- Cambio del ritmo habitual de las deposiciones
- Anemia ferropénica
- Pólipos
- Historia familiar de cáncer de colon
- Seguimiento de pacientes con riesgo de cáncer de colon
- Sospecha radiográfica o por otras técnicas, de lesión orgánica de colon o íleon
- Síndrome de intestino irritable

- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Síndrome neoplásico, sin localización del tumor primario
- Enfermedad sistémica, cuya posible afectación del colon pueda variar el tratamiento
- Revisión previa a trasplante hepático

## **2- Terapéutica<sup>37</sup>**

- Hemostasia de lesiones sangrantes
- Extirpación de pólipos
- Resección de lesiones mucosas (mucosectomía)
- Destrucción de lesiones mucosas por métodos térmicos
- Resección de lesiones submucosas
- Dilatación de estenosis
- Tratamiento paliativo de estenosis con prótesis
- Tratamiento paliativo de tumores malignos
- Extracción de cuerpos extraños
- Descompresión del megacolon agudo no tóxico
- Descompresión del vólvulo de colon
- Tratamiento de las fístulas

## COMPLICACIONES DE LA COLONOSCOPIA

Se estima que se produce una complicación grave en una de cada 500 colonoscopias. Entre las complicaciones más frecuentes se mencionan las mismas que en la endoscopia alta: la perforación, la hemorragia, reacciones medicamentosas severas. A continuación detallamos las siguientes<sup>40</sup>:

### 1. Perforación por dos causas<sup>37</sup>:

- Por el instrumento
- Por el paciente

La frecuencia de perforaciones por el instrumental es de 1 por cada 2000 exploraciones diagnósticas, al igual que en la endoscopia alta se puede dar por la introducción del endoscopio, por las pinzas de biopsia o también por la insuflación en pacientes con enfermedad diverticular<sup>37</sup>.

En las colonoscopias terapéuticas la frecuencia aumenta y puede llegar hasta el 1% de las polipectomías. Se produce generalmente en el colon derecho y se da por una quemadura transmural por la corriente de coagulación. Al igual que en la endoscopia alta la clínica del paciente es fácil de reconocer por intenso dolor que presenta el paciente aunque puede presentarse hasta horas después de realizada la endoscopia<sup>37</sup>.

### 2. Hemorragia

Es rara la hemorragia secundaria a la toma de biopsias sin embargo puede ocurrir tanto en lesiones sangrantes como en tejido sano, el porcentaje descrito va en 0.2- 0.6% y es ligeramente mayor en una polipectomía, aún más en pólipos mayores de 2cm<sup>37,40</sup>.

### **CAPÍTULO III**

#### **PROBLEMA, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS**

##### **EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

La satisfacción del paciente pese a ser un indicador de calidad de los servicios no es evaluado periódicamente ni es valorado con la verdadera importancia q merece, considerando que este parámetro es de vital importancia en calidad de salud; además es importante encontrar los factores modificables que influyen de manera determinante en la buena y mala satisfacción, para así proponer y respaldar cambios en los servicios, en la atención y en los profesionales de salud que mejoren los resultados y que disminuyan los errores. Por lo tanto el problema de investigación planteado fue conocer:

¿Cuáles son los factores relacionados al paciente y a la calidad del procedimiento endoscópico que se asocian con un mejor nivel de satisfacción en los pacientes sometidos a endoscopia digestiva en el servicio de Gastroenterología del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas del Ecuador N°1, en el periodo de septiembre a octubre del año 2015?

##### **HIPÓTESIS:**

Existen factores relacionados al paciente y a la calidad del procedimiento endoscópico que se asocian significativamente con un mejor nivel de satisfacción de los pacientes del servicio de Gastroenterología del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas del Ecuador N°1, en el periodo de septiembre a octubre del año 2015.

**OBJETIVOS:****OBJETIVO GENERAL:**

Determinar los factores relacionados al paciente y a la calidad del procedimiento endoscópico que se asocian con un mejor nivel de satisfacción de los pacientes sometidos a endoscopia digestiva en el servicio de Gastroenterología del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas del Ecuador N°1, en el periodo de septiembre a octubre del año 2015.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

1. Obtener el nivel de satisfacción general de los pacientes sometidos a endoscopia digestiva.
2. Investigar si la variable estar hospitalizado o ser paciente ambulatorio se relaciona con el nivel de satisfacción de los pacientes sometidos a endoscopia digestiva.
3. Comprobar si las molestias durante el procedimiento y el mayor tiempo de espera para la cita son factores que inciden de manera negativa en el nivel de satisfacción de los pacientes sometidos a endoscopia digestiva.

## CAPÍTULO IV

### MATERIALES Y MÉTODOS

#### TIPO DE ESTUDIO

Diseño transversal analítico

#### MUESTRA

#### UNIVERSO ESPACIAL:

Pacientes del Servicio de Gastroenterología del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas Del Ecuador N°1.

#### CÁLCULO DE LA MUESTRA:

**Z**= Nivel de confianza del 95%; **Z=1.96**

**p**= proporción o frecuencia relativa (60.9% de los pacientes del estudio respondieron como satisfechos)<sup>8</sup> **p**= 0.609

**n**= tamaño de la muestra de referencia (de 179 pacientes del estudio)<sup>8</sup>

**e**= Precisión

$$e = z \times \sqrt{p(1 - p)/n}$$

$$e = 1.96 \times \sqrt{0.609 \frac{(1-0.609)}{179}}$$

$$e = 1.96 \times \sqrt{0.001330}$$

$$e = 1.96 \times 0.03647$$

**e**= 0.071 = precisión



### ***TAMAÑO DE LA MUESTRA PARA UN ESTUDIO DESCRIPTIVO***

$$n = z^2 \cdot p (1-p) / e^2$$

$$n = 1.96^2 (0.609)(0.391) / 0.071^2$$

$$n = 1.96^2 (0.2381 / 0.005041)$$

$$n = 3.84 (0.2381 / 0.005041)$$

**n= 180 pacientes.**

**JUSTIFICACIÓN DE LA REPRESENTATIVIDAD:** Nuestra muestra es representativa debido a que los resultados obtenidos al final del estudio pueden ser aplicados a todo el universo, debido a que el muestreo fue obtenido al azar.

**OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:**

<b>Variables</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicador/ Definición operacional</b>	<b>Escala</b>
<b>Factores socio-demográficos del paciente</b>	Características sociales propias y externas de los pacientes que se utilizaron en el estudio.	Género Sexual	Tipo de fenotipo característico de hombres y mujeres.	Hombre Mujer
		Nivel de instrucción	Años académicos aprobados por el paciente hasta la realización de la encuesta	Años
		Edad	Número de años cumplidos del paciente desde el nacimiento hasta el día de la encuesta	Años
		Ocupación	Diferenciación de los pacientes que pertenecen a las F.F.A.A.	Militar Civil
		Tipo de encuesta	Manera en que se realizó la encuesta	Telefónica Auto-aplicada
<b>Factor relacionado con la condición de llegada del paciente</b>	Como acudió el paciente a realizarse el procedimiento	Llegada del paciente al servicio de Gastroenterología	Diferenciación de los pacientes que se realizan la endoscopía mientras se encuentran hospitalizados, de los acuden por consulta externa.	Ambulatorio Hospitalizado
	Características del procedimiento endoscópico que se	Tipo de procedimiento endoscópico	Definir el tipo de procedimiento endoscópico que se realiza el paciente	1. EDA 2.Colonoscopía 3.Rectosigmoidoscopia 4.EDA más colonoscopia

<b>Factores relacionados con el procedimiento endoscópico</b>	relacionaron con la técnica del mismo, la tolerancia del paciente y el uso de anestesia	Tolerancia del paciente	Calificación del grado de tolerancia que percibió el paciente frente a las molestias producidas por el procedimiento	1.-Malo 2.-Regular 3.-Bueno 4.-Muy bueno 5.- Excelente <b>Buena Tolerancia:</b> aquellos que respondan como bueno, muy bueno y excelente  <b>Mala tolerancia:</b> aquellos que respondan como malo y regular
		Uso de anestesia	Diferenciar a los pacientes que se realizan el procedimiento sin sedación o bajo sedación (Independientemente del tipo de anestesia)	1.- Sí 2.- No
<b>Factores relacionado con el tiempo de espera del paciente</b>	El tiempo que el paciente tuvo que esperar para la realización del procedimiento endoscópico, tanto como para que le den la cita, como para que le realicen el procedimiento el día asignado.	Tiempo de espera para la cita	Apreciación del paciente sobre el Tiempo que ha transcurrido entre el día de solicitud del procedimiento hasta el día de realización del mismo en número de días.  Si la apreciación es mala o regular: ver cuantos días esperó.	1.-Malo 2.-Regular 3.-Bueno 4.-Muy bueno 5.- Excelente <b>Cita adecuada:</b> aquellos que respondan como bueno, muy bueno y excelente  <b>Cita inadecuada:</b> aquellos que respondan como malo y regular  <b>Promedio de Espera en días</b>

		Tiempo de espera de turno	Apreciación del paciente acerca del Tiempo que ha transcurrido entre la hora de llegada hasta el momento de su realización. Medido en minutos	1.-Malo 2.-Regular 3.-Bueno 4.-Muy bueno 5.- Excelente  <b>Tiempo adecuado:</b> aquellos que respondan como bueno, muy bueno y excelente  <b>Tiempo inadecuado:</b> aquellos que respondan como malo y regular  <b>Promedio de espera en minutos</b>
		Explicación y respuesta a preguntas	Apreciación del paciente acerca de la aclaración por parte del médico de todas las dudas que pueda tener el antes de la realización del procedimiento.	1.-Malo 2.-Regular 3.-Bueno 4.-Muy bueno 5.- Excelente  <b>Buena explicación:</b> aquellos que respondan como bueno, muy bueno y excelente  <b>Mala explicación:</b> aquellos que respondan como malo y regular

<b>Factores involucrados en la relación médico-paciente</b>	Factores interpersonales involucrados en la relación entre el personal del servicio y el paciente antes, durante y después de la realización del procedimiento.	Cortesía de enfermeras y camilleros	Apreciación del paciente acerca de la calidad de la atención recibida antes, durante y después del procedimiento por parte de enfermeras y camilleros	1.-Malo 2.-Regular 3.-Bueno 4.-Muy bueno 5.- Excelente <b>Cortesía:</b> aquellos que respondan como bueno, muy bueno y excelente <b>Sin Cortesía:</b> aquellos que respondan como malo y regular
		Cortesía del medico	Calidad de la atención al paciente antes y durante y después del procedimiento por parte del médico	1.-Malo 2.-Regular 3.-Bueno 4.-Muy bueno 5.- Excelente <b>Buena Relación:</b> aquellos que respondan como bueno, muy bueno y excelente <b>Mala Relación:</b> aquellos que respondan como malo y regular
		Preferencia del paciente por el médico que le realizó la prueba	La decisión del paciente por realizarse el procedimiento con el mismo médico.	1. SI 2. NO

<b>Factores relacionados a la Institución</b>	Factores relacionados al servicio de salud	Preferencia del paciente por el Hospital	Decisión del paciente por realizarse el procedimiento en el mismo hospital	1. Si 2. No
<b>Factores asociados a la satisfacción</b>	Factores que se midieron en el estudio que representaron la satisfacción	Nivel de Satisfacción	Grado de satisfacción del paciente hacia el procedimiento realizado.	1.Malo 2.Regular 3.Bueno 4.Muy bueno 5.Excelente
		Satisfacción	Calificación total obtenida en el cuestionario de Satisfacción  Clasificación de los pacientes de acuerdo al puntaje obtenido en el cuestionario de satisfacción	/35 puntos  1.Satisfechos 2.Insatisfechos

*Realizado por: Gabriela Logroño y Karen Pozo*

## **PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

Se utilizó el cuestionario GHAA-9 modificado al castellano (GHAA-9mc) para evaluar la satisfacción, al cual se añadió los parámetros sociodemográficos a estudiarse y se replanteó las preguntas para su mejor comprensión, previa aceptación y firma del consentimiento informado. **(Ver apéndice)**

## **PROCEDIMIENTO DE DIAGNOSTICO E INTERVENCIÓN:**

Los participantes seleccionados para el estudio fueron todos aquellos que se realizaron procedimientos endoscópicos entre septiembre y octubre del 2015, en el servicio de Gastroenterología del Hospital de las Fuerzas Armadas N°1.

Se aplicó la encuesta presencialmente luego del procedimiento a los pacientes vistos en el servicio y por vía telefónica aquellos que ya se realizaron el procedimiento entre los meses señalados.

Se tomó como satisfechos aquellos pacientes que obtuvieron una puntuación mayor al 80% en la sumatoria total de las primeras 7 preguntas cada una sobre 5 puntos, en total sobre 35 puntos;

Como valoración global del procedimiento se obtuvo porcentajes de respuesta a la variable nominal de la pregunta siete.

Para los factores asociados se obtuvo la información del mismo cuestionario y se asignó categorías a las diferentes preguntas como se detalla en el cuadro de operacionalización de variables.

## **PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS**

La base de datos y el análisis se realizó mediante el Paquete Estadístico SPSS 21.

### ***Análisis Univarial***

Para el análisis univarial de este estudio se describió las variables cuantitativas mediante medidas de tendencia central (media) y dispersión (desviación típica), además fueron representadas con histogramas. Las variables cualitativas fueron descritas con frecuencias (absolutas y relativas) y porcentajes, aparte se realizaron gráficos de barras y pasteles.

### ***Análisis Multivarial***

Para este análisis se utilizó como variable evento a la satisfacción global del paciente, (considerándose como satisfechos aquellos que obtengan más del 80% en la puntuación total del cuestionario) y para las variables independientes se utilizó el resto de preguntas del cuestionario, divididas en dos grupos, uno aquellos que respondieron bueno, muy bueno y excelente y el otro grupo a los que respondieron como malo y regular. (Indicado en el cuadro de operacionalización de variables)

Las diferencias entre los valores se evaluaron mediante tablas de contingencia y como prueba de asociación se calculó la Razón de Momios de Prevalencia. Considerándose estadísticamente significativo cuando  $p < 0.05$  con el estadístico Chi Mantel-Haenszel

### ***Asociación de variables categóricas***

#### ***Satisfacción***

***Factores  
asociados ej:  
  
Tiempo de  
espera para la  
cita***

	<b><i>Satisfechos</i></b>	<b><i>Insatisfechos</i></b>	<b><i>TOTAL</i></b>
<b><i>Cita adecuada</i></b>	<b><i>a)</i></b>	<b><i>b)</i></b>	
<b><i>Cita inadecuada</i></b>	<b><i>c)</i></b>	<b><i>d)</i></b>	
<b><i>TOTAL:</i></b>			

**Obtener la RMP de cada variable independiente**



## CAPÍTULO V

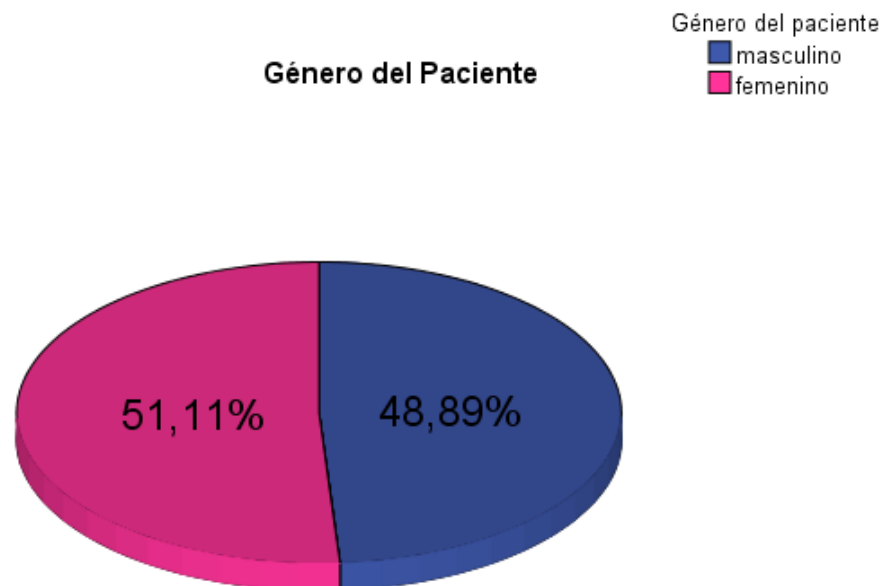
### RESULTADOS

#### ANÁLISIS DESCRIPTIVO

##### 1. Factores sociodemográficos

- Género

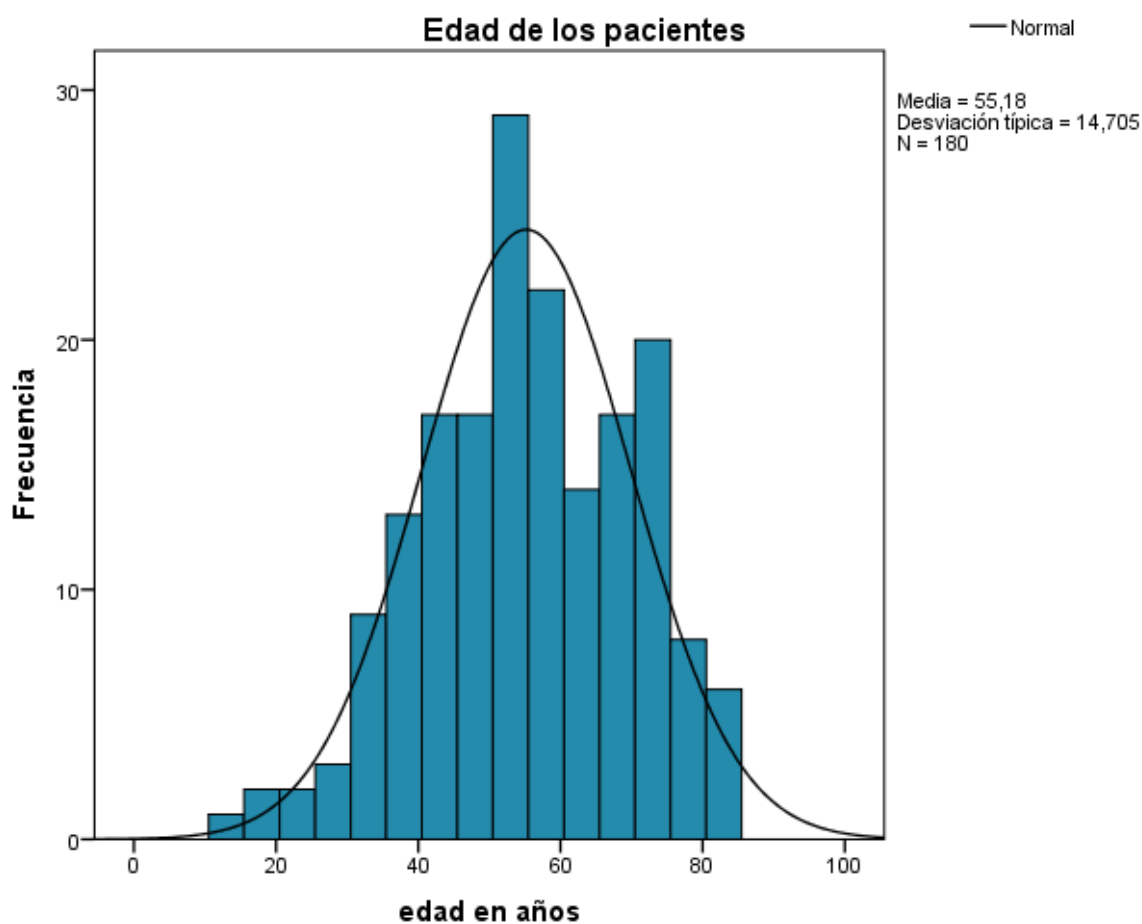
En nuestro estudio el 48.9% del total de los pacientes estudiados corresponden al sexo Masculino y el 51.5% corresponden al sexo Femenino. **(FIGURA 1)**



**FIGURA 1.** Distribución de la muestra estudiada según género. Fuente: Hospital General de las Fuerzas Armadas N° 1. Servicio de Gastroenterología.

- **Edad**

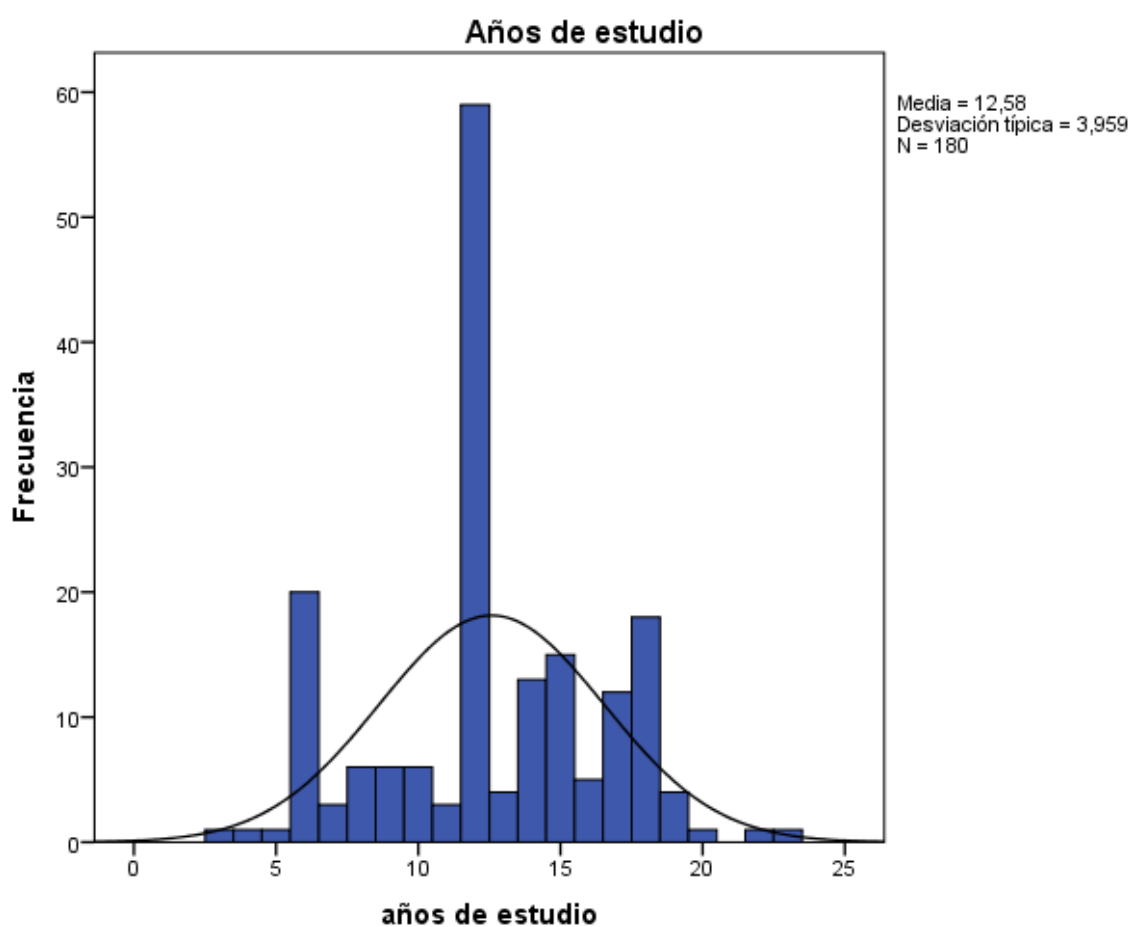
En nuestro grupo de estudio la media de la edad de los pacientes fue 55,18 y la desviación típica fue de 14,705. La edad mínima fue 13 años y la máxima 83 (**FIGURA 2**)



**FIGURA 2.** Distribución de la muestra estudiada según la edad medida en años. Fuente: Hospital General de las Fuerzas Armadas Nº 1. Servicio de Gastroenterología.

- **Nivel de instrucción**

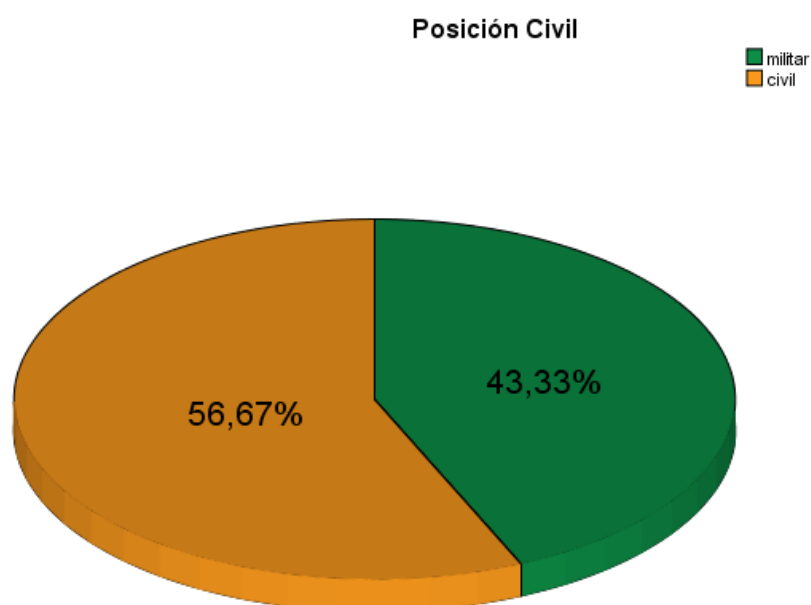
En cuanto al nivel de instrucción fue medido en años de estudio, lo que demostró que en nuestra población la media de años fue de 12,58 y la desviación típica fue de 3,959. El valor mínimo de años de estudio fue 3 y el máximo 23. **(FIGURA 3)**



**FIGURA 3.** Distribución de la muestra estudiada según el número de años de estudio. Fuente: Hospital General de las Fuerzas Armadas Nº 1. Servicio de Gastroenterología.

- **Posición civil**

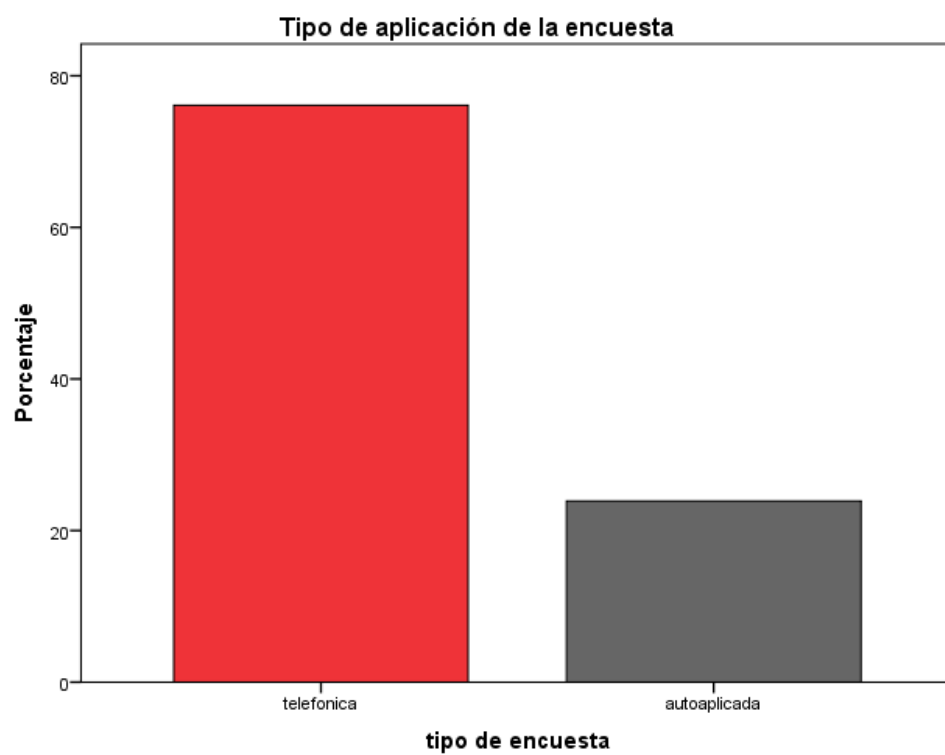
Igualmente, podemos observar en el cuadro anterior que 43.3% del total los pacientes estudiados pertenecieron a las Fuerzas Armadas tanto en servicio activo como pasivo y el 56.7% de los pacientes fueron civiles. **(FIGURA 4)**



**FIGURA 4.** Distribución de la muestra estudiada según la posición civil. Fuente: Hospital General de las Fuerzas Armadas N° 1. Servicio de Gastroenterología.

- **Tipo de encuesta**

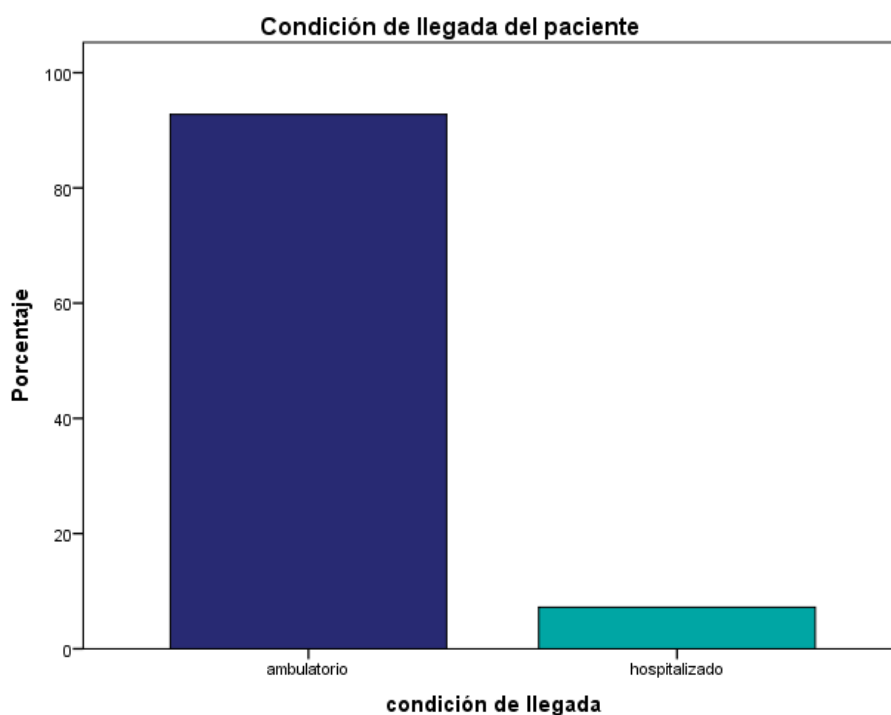
También podemos observar que el 76.1% de las encuestas realizadas fueron por vía telefónica mientras que el 23.9% fueron aplicadas a los pacientes que se encontraban presentes en el Servicio de Gastroenterología. **(FIGURA 5)**



**FIGURA 5.** Distribución de la muestra estudiada según el tipo de encuesta aplicada. Fuente: Hospital General de las Fuerzas Armadas Nº 1. Servicio de Gastroenterología.

## 2. Factor relacionado con la condición de llegada del paciente

En cuanto a la condición de llegada observamos que el 92.8% de los pacientes que participaron en nuestro estudio tomaron la cita para el procedimiento endoscópico por Consulta externa, mientras que tan solo el 7.2% de los pacientes estaban hospitalizados mientras se realizaron el procedimiento. **(FIGURA 6)**



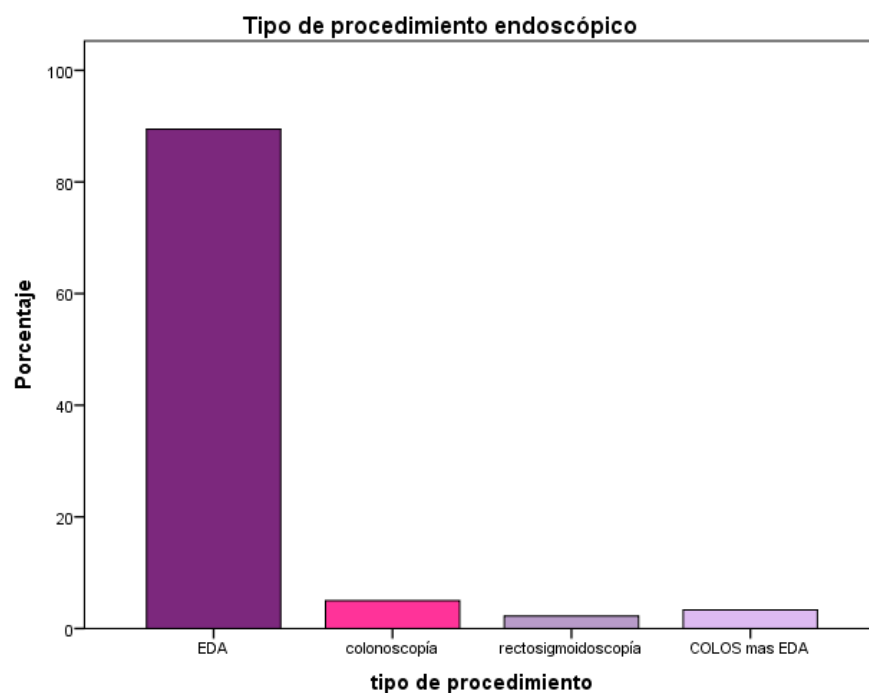
**FIGURA 6.** Distribución de la muestra estudiada según la condición de llegada al servicio de Gastroenterología para la realización del procedimiento. Fuente: Hospital General de las Fuerzas Armadas N° 1. Servicio de Gastroenterología.

### 3. Factores relacionados con el procedimiento endoscópico

- Tipo de procedimiento realizado

Como se observa en el cuadro anterior, podemos ver que el procedimiento endoscópico que se realizó con más frecuencia fue la Endoscopia Digestiva Alta (EDA) con un porcentaje de 89.4% de los pacientes estudiados, seguido de la Colonoscopia en un 5%, el tercer lugar ocupan los pacientes a los que se les realizó tanto Colonoscopia como Endoscopia digestiva alta en un 3.3% y el procedimiento menos frecuente fue la rectosigmoidoscopia en un 2.2%.

(FIGURA 7)

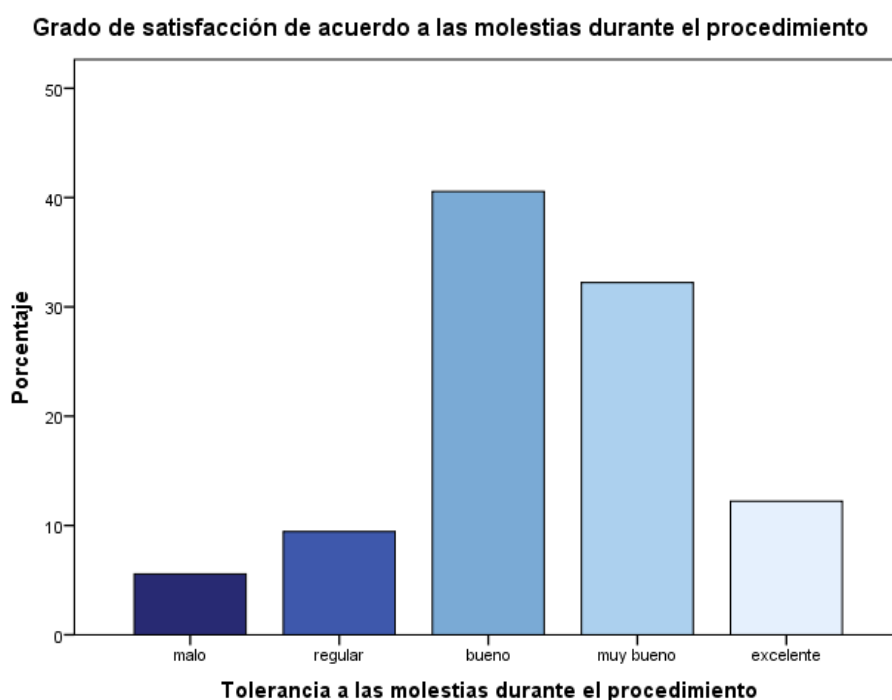


**FIGURA 7.** Distribución de la muestra estudiada según el tipo de procedimiento realizado.

Fuente: Hospital General de las Fuerzas Armadas Nº 1. Servicio de Gastroenterología.

- **Tolerancia a las molestias durante el procedimiento.**

Con respecto a la pregunta que se realizó sobre la tolerancia a las molestias del procedimiento podemos ver que la opción “bueno” fue la más frecuente con un 40.6% de las respuestas, seguida de “muy bueno” en un 32.2%, además el 12.2% de los pacientes respondieron “excelente”; por el contrario apreciaciones de una mala tolerancia o insatisfacción se observaron con el 9,4% que respondieron “regular” y por último el 5.6% de los pacientes le dieron una calificación de “malo” a ésta pregunta. **(FIGURA 8)**



**FIGURA 8.** Grado de satisfacción del paciente con respecto a las molestias que sintieron durante el procedimiento. Fuente: Hospital General de las Fuerzas Armadas Nº 1. Servicio de Gastroenterología.



- **Clasificación de los pacientes según la tolerancia a las molestias del procedimiento**

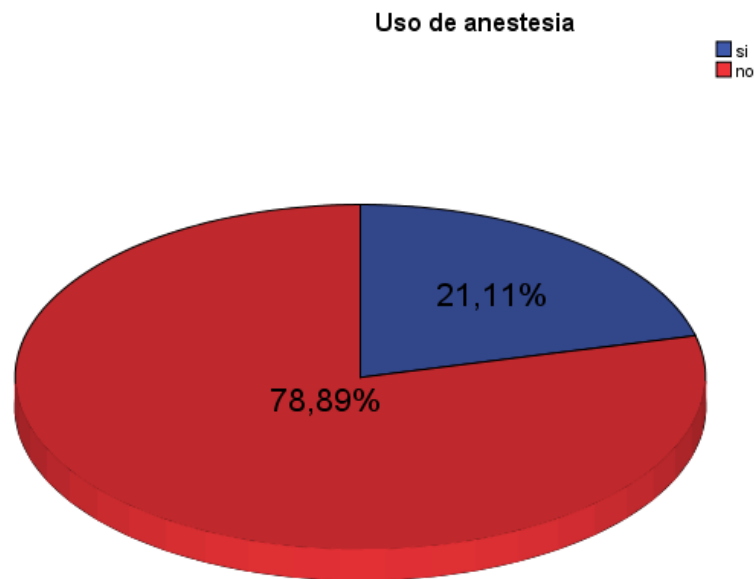
El porcentaje de pacientes que mostraron una buena tolerancia a las molestias durante el procedimiento fue de 85% del total, mientras que un 15% de los pacientes mostraron una mala tolerancia. **(TABLA 1)**

Tipo de tolerancia del paciente				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
mala tolerancia	27	15,0	15,0	15,0
Válidos buena tolerancia	153	85,0	85,0	100,0
Total	180	100,0	100,0	

**TABLA 1.** Clasificación de los pacientes con respecto a la tolerancia de las molestias que sintieron durante el procedimiento. Fuente: Hospital General de las Fuerzas Armadas Nº 1. Servicio de Gastroenterología.

- **Uso de anestesia**

En cuanto al uso de anestesia en nuestro estudio el 78.9% de los pacientes estudiados (142 pacientes) se realizaron el procedimiento endoscópico sin sedación, mientras que el 21.1% (38 pacientes) se realizaron con sedación. **(FIGURA 9)**



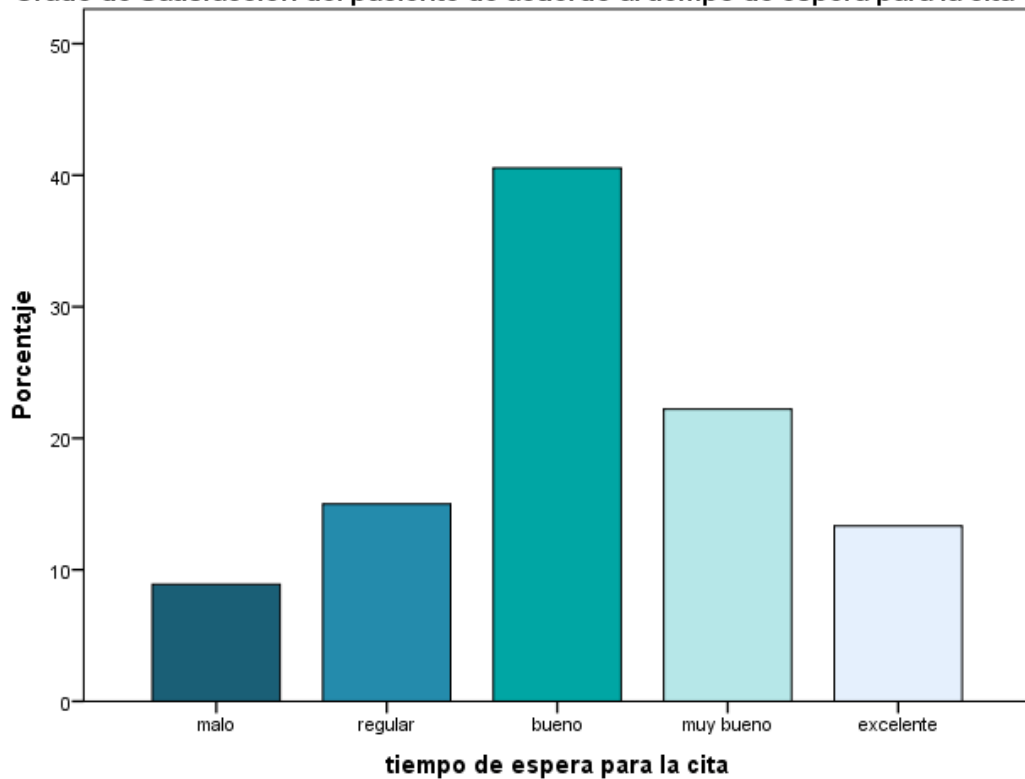
**FIGURA 9.** Distribución de la muestra estudiada según el uso de anestesia. Fuente: Hospital General de las Fuerzas Armadas N° 1. Servicio de Gastroenterología

#### ***4. Factores relacionados con el tiempo de espera del paciente***

- **Tiempo de espera para la cita**

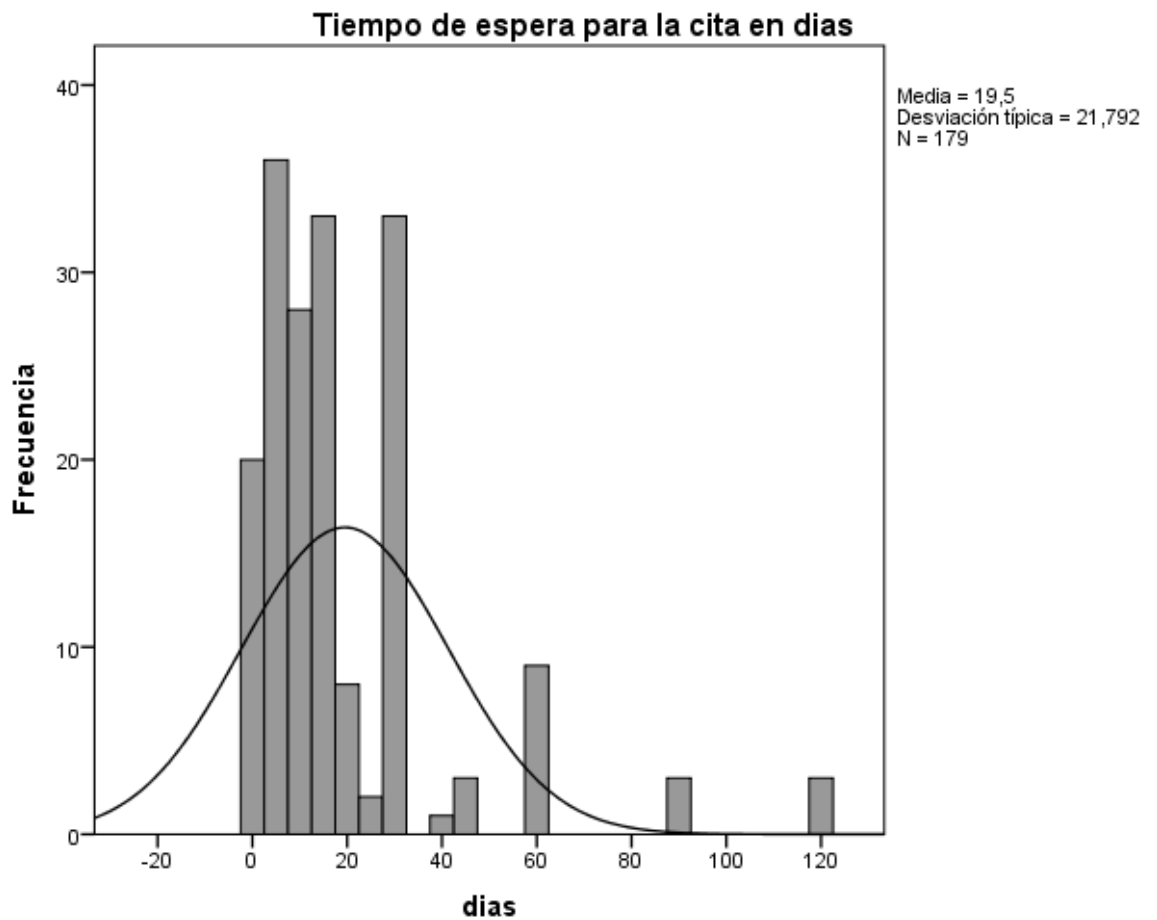
Cuando se investigó sobre la satisfacción del paciente de acuerdo al tiempo que esperaron desde el día de solicitud de la prueba hasta el día de realización de la misma, podemos observar que un 40.9% de los pacientes respondieron bueno, un 22.2% de los pacientes respondieron muy bueno, 15% respondieron regular, 13.3% respondieron excelente y 8.9% respondieron malo. **(FIGURA 10)**

**Grado de Satisfacción del paciente de acuerdo al tiempo de espera para la cita**



**FIGURA 10.** Grado de satisfacción de los pacientes en relación al tiempo de espera para la cita para el procedimiento. Fuente: Hospital General de las Fuerzas Armadas Nº 1. Servicio de Gastroenterología.

Consideramos en nuestro estudio también indagar el número promedio de días que esperaron para la realización del procedimiento; se observó que la media de días de espera fue 19,5, con una desviación atípica de 21,792. El menor tiempo de espera fue de 0 días en aquellos pacientes que ingresaban por chequeo militar y se reportó 120 días como máximo de tiempo de espera en otros pacientes. Uno de los pacientes no respondió el número de días por lo que se realizó el cálculo con una muestra de 179. **(FIGURA 11)**



**FIGURA 11.** Distribución de la muestra estudiada según el tiempo de espera de la cita para el procedimiento contabilizado en días. Fuente: Hospital General de las Fuerzas Armadas Nº1. Servicio de Gastroenterología

- **Clasificación de los pacientes según el tiempo de espera de la cita**

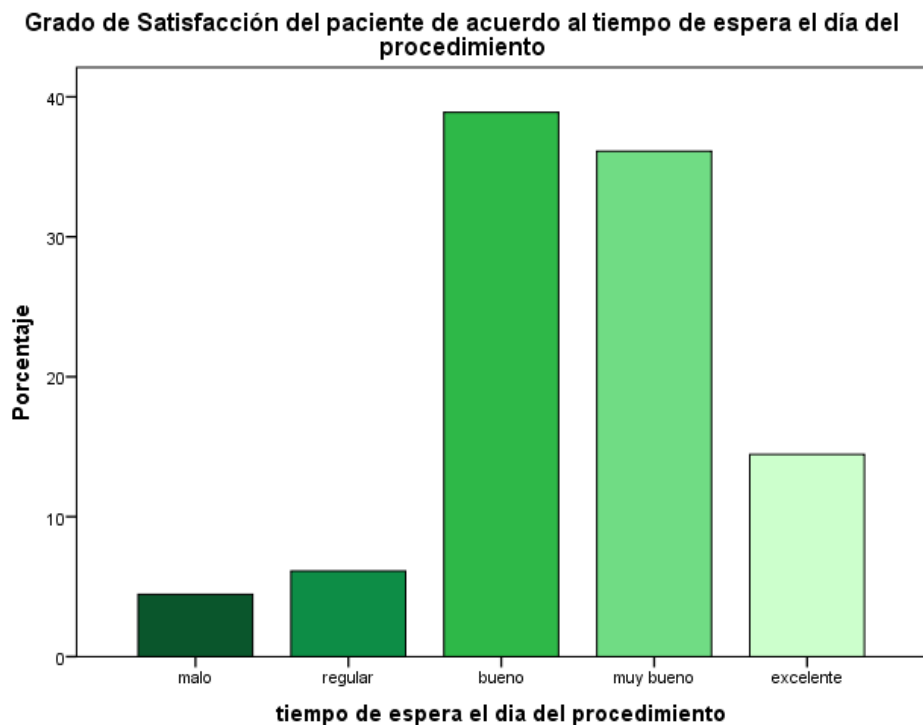
El porcentaje de pacientes que tuvieron una cita adecuada fue de 76.1% del total mientras que un 23.9% de los pacientes tuvieron una cita inadecuada. (**TABLA 2**)

tipo de cita				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
cita inadecuada	43	23,9	23,9	23,9
Válidos cita adecuada	137	76,1	76,1	100,0
Total	180	100,0	100,0	

**TABLA 2.** Clasificación de los pacientes según el tipo de cita. Fuente: Hospital General de las Fuerzas Armadas Nº 1. Servicio de Gastroenterología.

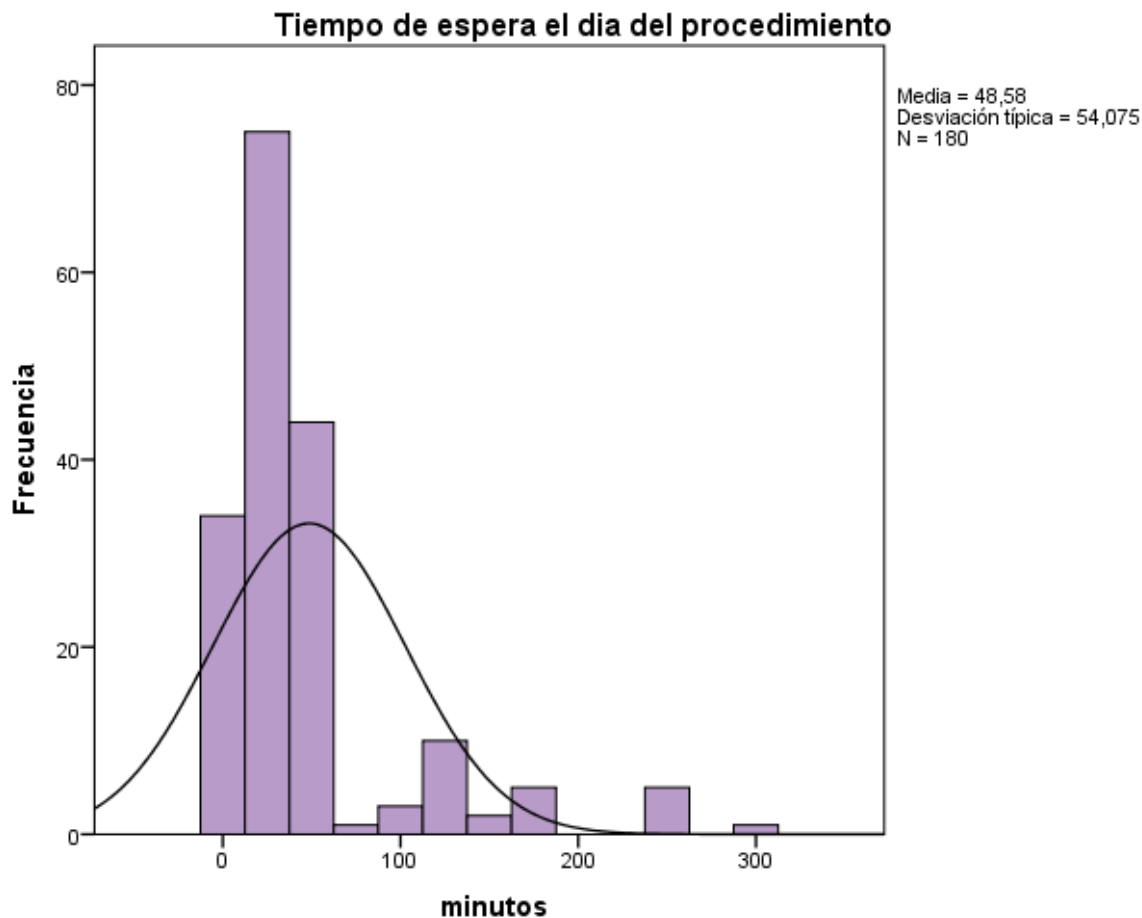
- **Tiempo de espera para la realización del procedimiento**

En relación al tiempo de espera de los pacientes el día de realización de la endoscopia un 38.9% de los pacientes respondieron bueno, 36.1% respondieron muy bueno, 14.4% respondieron excelente, 6.1% de los pacientes respondieron regular y por último 4,4% de los pacientes respondieron malo. **(FIGURA 12)**



**FIGURA 12.** Grado de satisfacción de los pacientes en relación al tiempo de espera el día de realización del procedimiento. Fuente: Hospital General de las Fuerzas Armadas N° 1. Servicio de Gastroenterología.

De la misma forma tuvimos interés en indagar el tiempo promedio que los pacientes esperan antes de realizarse el procedimiento y observamos que la media fue de 48,58 minutos, con una desviación típica de 54,075. Lo mínimo de espera reportado fue de 0 minutos y lo máximo 5 horas (300 minutos) **(FIGURA 13)**



**FIGURA 13.** Distribución de la muestra estudiada según el tiempo de espera el día de realización del procedimiento contabilizado en minutos. Fuente: Hospital General de las Fuerzas Armadas Nº 1. Servicio de Gastroenterología.

- **Clasificación de los pacientes según el tiempo de espera el día del procedimiento**

Encontramos que un 89.4% de los pacientes tuvieron un tiempo adecuado de espera para realizarse el procedimiento y un 10.6% de los pacientes tuvieron un tiempo inadecuado de espera. **(TABLA 3)**

tipo de tiempo de espera				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
tiempo inadecuado	19	10,6	10,6	10,6
Válidos tiempo adecuado	161	89,4	89,4	100,0
Total	180	100,0	100,0	

**TABLA 3.** Clasificación de los pacientes de acuerdo al tiempo de espera para la realización del procedimiento. Fuente: Hospital General de las Fuerzas Armadas N° 1. Servicio de Gastroenterología.

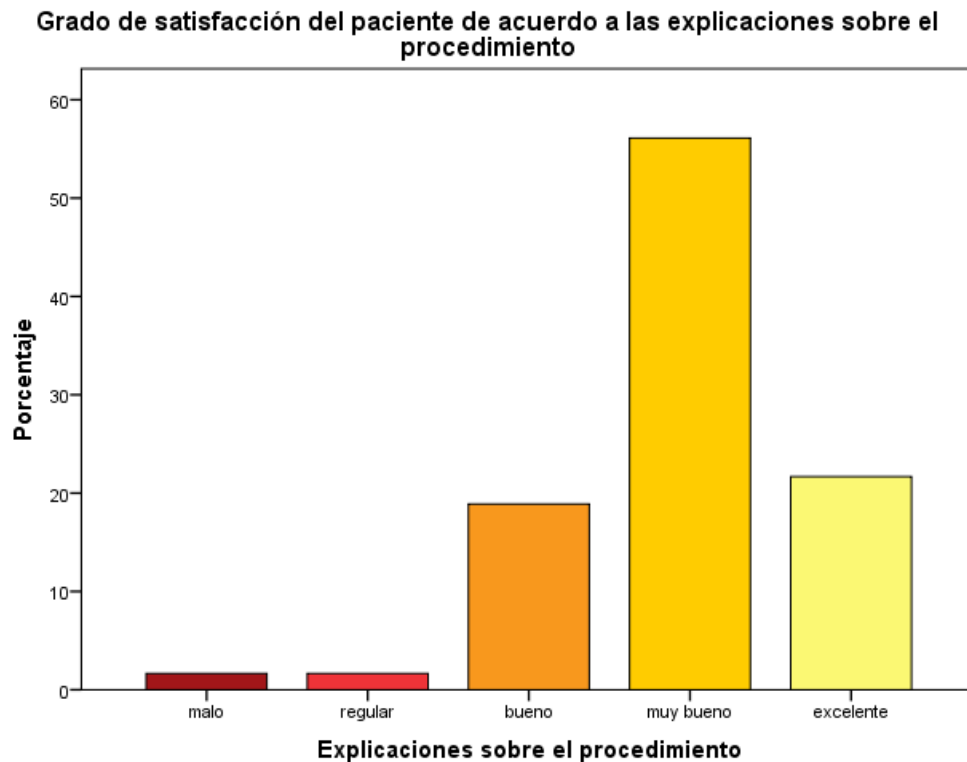
#### **5. Factores involucrados en la relación médico- paciente**

- **Explicaciones sobre el procedimiento**

En el estudio se indagó sobre la satisfacción del paciente de acuerdo a las explicaciones recibidas sobre el procedimiento endoscópico; los resultados fueron que un 56.1% de los pacientes pensaron que las explicaciones fueron muy buenas, 21.7% calificaron como excelente, 18.9% como bueno, y un 1.7% tanto para regular como para la calificación malo.

**(FIGURA 14)**





**FIGURA 14.** Grado de satisfacción de los pacientes en relación a las explicaciones recibidas sobre el procedimiento endoscópico. Fuente: Hospital General de las Fuerzas Armadas N°1. Servicio de Gastroenterología.

- **Clasificación de los pacientes en relación a las explicaciones recibidas**

En relación a las explicaciones recibidas sobre el procedimiento endoscópico encontramos que un 96.7% de los pacientes tuvieron una buena explicación y un 3.3% una mala explicación. **(TABLA 4)**

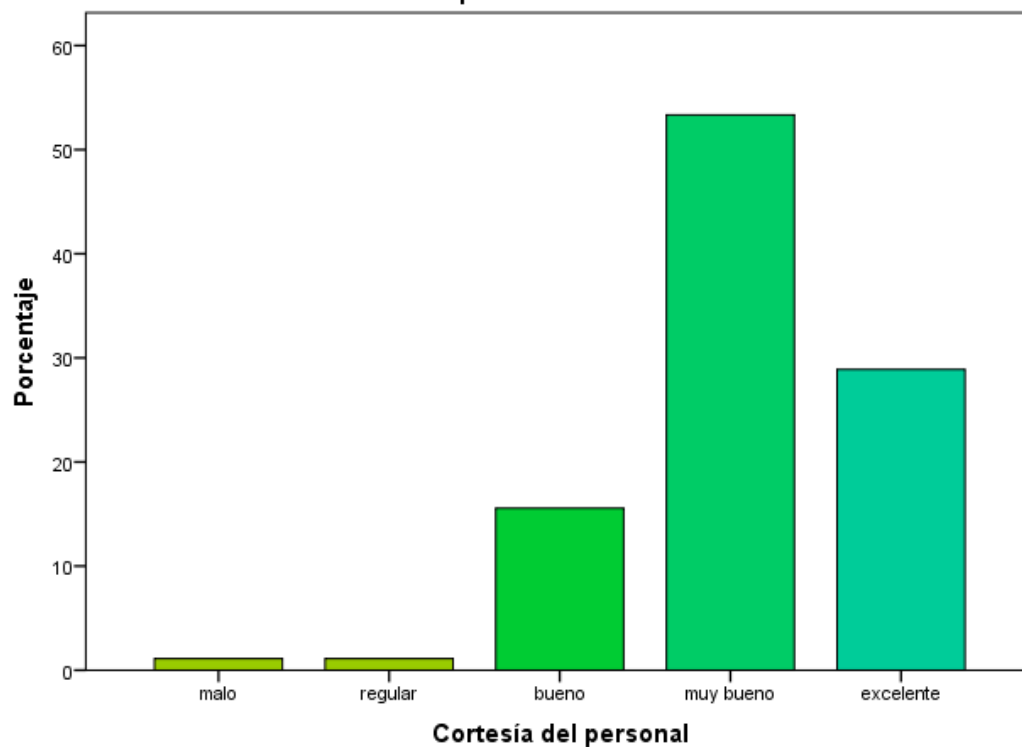
Calidad de la explicación				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	mala explicación	6	3,3	3,3
Válidos	buena explicación	174	96,7	100,0
	Total	180	100,0	100,0

**TABLA 4.** Clasificación de los pacientes en relación a la calidad de la explicación sobre el procedimiento endoscópico. Fuente: Hospital General de las Fuerzas Armadas Nº 1. Servicio de Gastroenterología.

- **Cortesía del personal**

Otro de los aspectos que se investigaron en nuestro estudio fue el grado de satisfacción de los pacientes con respecto a la cortesía con la que el personal (recepcionistas y enfermeras) los atendieron, los resultados que obtuvimos fueron que un 53.3% de los pacientes calificaron como muy buena a la atención, 28.9% como excelente, 15.6% como bueno y por último un 1.1% como malo y regular. **(FIGURA 15)**

**Grado de satisfacción del paciente de acuerdo a la cortesía recibida por parte del personal**



**FIGURA 15.** Grado de satisfacción de los pacientes en relación con la atención recibida por parte del personal (repcionistas y enfermeras). Fuente: Hospital General de las Fuerzas Armadas Nº 1. Servicio de Gastroenterología.

- **Clasificación de los pacientes según la atención recibida por el personal**

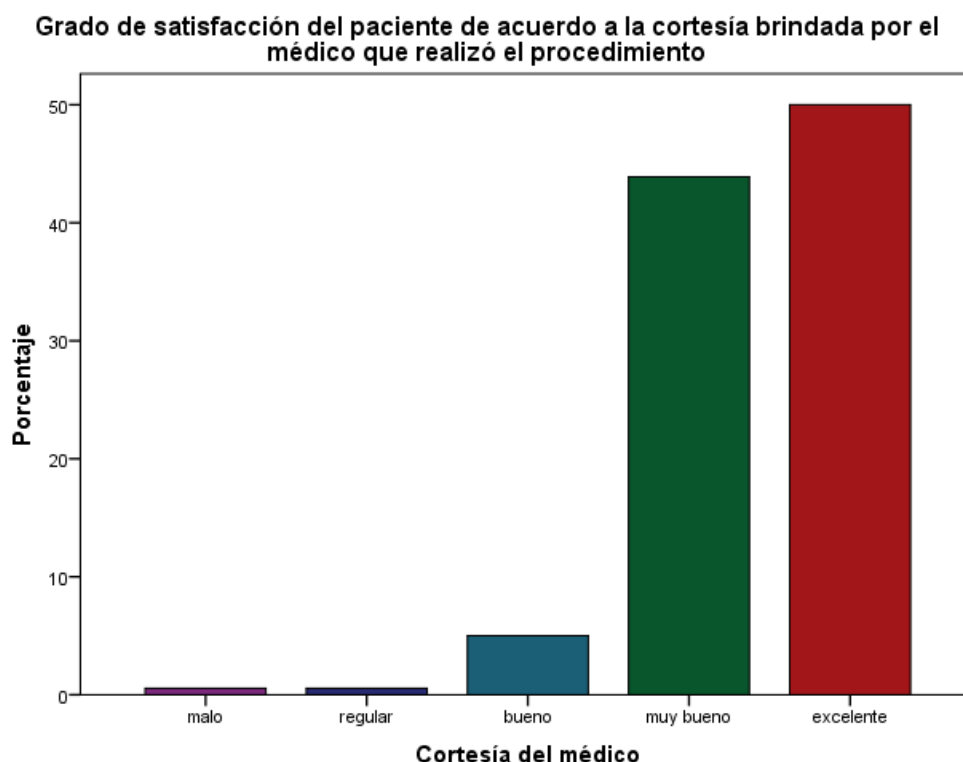
El porcentaje de pacientes que recibieron una buena atención por parte del personal (repcionistas y enfermeras) fue de 97.8%, mientras que un 2.2% recibieron un trato sin cortesía. **(TABLA 5)**

La relación con el personal				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sin cortesía	4	2,2	2,2	2,2
Válidos Cortesía	176	97,8	97,8	100,0
Total	180	100,0	100,0	

**TABLA 5.** Clasificación de los pacientes según la atención brindada por el personal. Fuente: Hospital General de las Fuerzas Armadas Nº 1. Servicio de Gastroenterología.

- **Cortesía del médico**

De la misma manera investigamos acerca de la satisfacción de los pacientes de acuerdo a la cortesía que le brindó el médico el día de la realización del procedimiento endoscópico, lo que para nuestro estudio representó también la relación médico paciente y encontramos que el 50% de los pacientes respondieron excelente, 43.9% como muy bueno, 5% como bueno, 0.6% regular y malo. **(FIGURA 16)**



**FIGURA 16.** Grado de satisfacción de los pacientes en relación con la atención recibida por parte del personal médico. Fuente: Hospital General de las Fuerzas Armadas N° 1. Servicio de Gastroenterología.

- **Clasificación de los pacientes según la atención recibida por el personal médico.**

Encontramos que un 98.9% de los pacientes recibieron una buena atención por parte del personal médico mientras que un 1.1% de los pacientes tuvieron una mala relación con su médico. **(TABLA 6)**

**tipo de Relación Médico-Paciente**

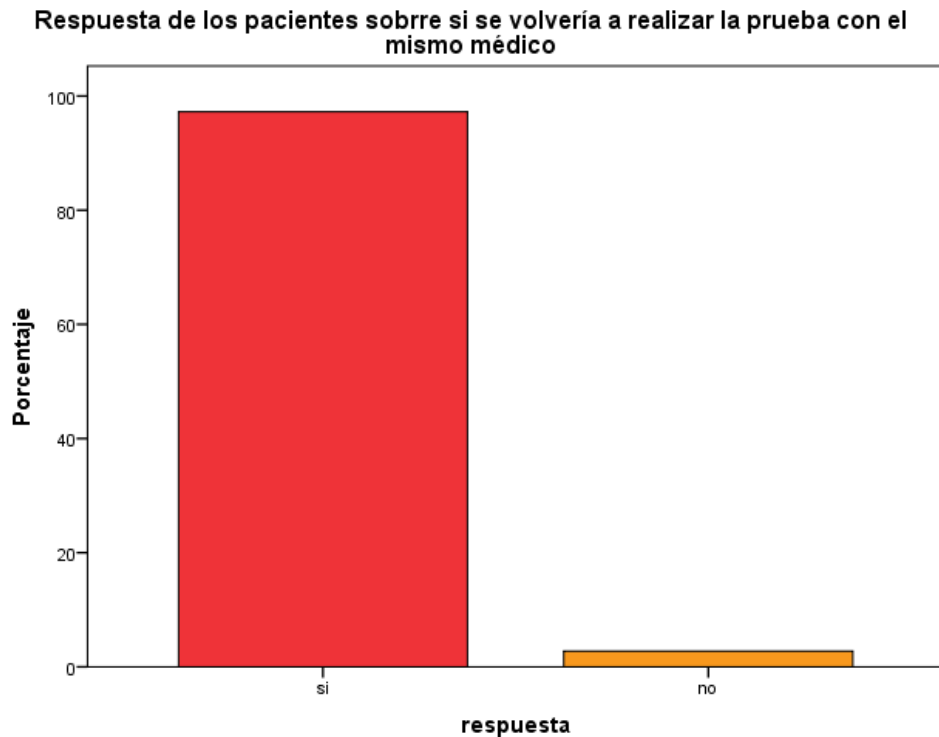
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Mala Relación	2	1,1	1,1	1,1
Válidos Buena Relación	178	98,9	98,9	100,0
Total	180	100,0	100,0	

**TABLA 6.** Clasificación de los pacientes en relación a la atención brindada por el personal médico. Fuente: Hospital General de las Fuerzas Armadas N° 1. Servicio de Gastroenterología.

- **Preferencia del paciente por el médico que le realizó**

Para representar aún más la empatía de los pacientes con el personal médico se realizó la pregunta de si volvería a realizarse la prueba con el mismo médico el 97.2% de los pacientes estudiados respondieron que si y un 2.8% que no. Entre los que respondieron que no justificaron con frases como: “no confío en el médico” “no empatizó” “no tiene paciencia.

**(FIGURA 17)**



**FIGURA 17.** Opinión de los pacientes sobre si volverían a realizar un nuevo procedimiento endoscópico con el mismo médico. Fuente: Hospital General de las Fuerzas Armadas N° 1. Servicio de Gastroenterología.

#### **6. Factores relacionados a la Institución**

- **Preferencia del paciente por el hospital**

Igualmente un 97.8% de los pacientes opinaron que si tuvieran que realizarse un nuevo procedimiento endoscópico se realizarían en el mismo hospital y un 2.2% de los pacientes respondieron que no. **(TABLA 7)**

**¿Se volvería a realizar la prueba en el mismo hospital?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	176	97,8	97,8	97,8
No	4	2,2	2,2	100,0
Válidos Total	180	100,0	100,0	

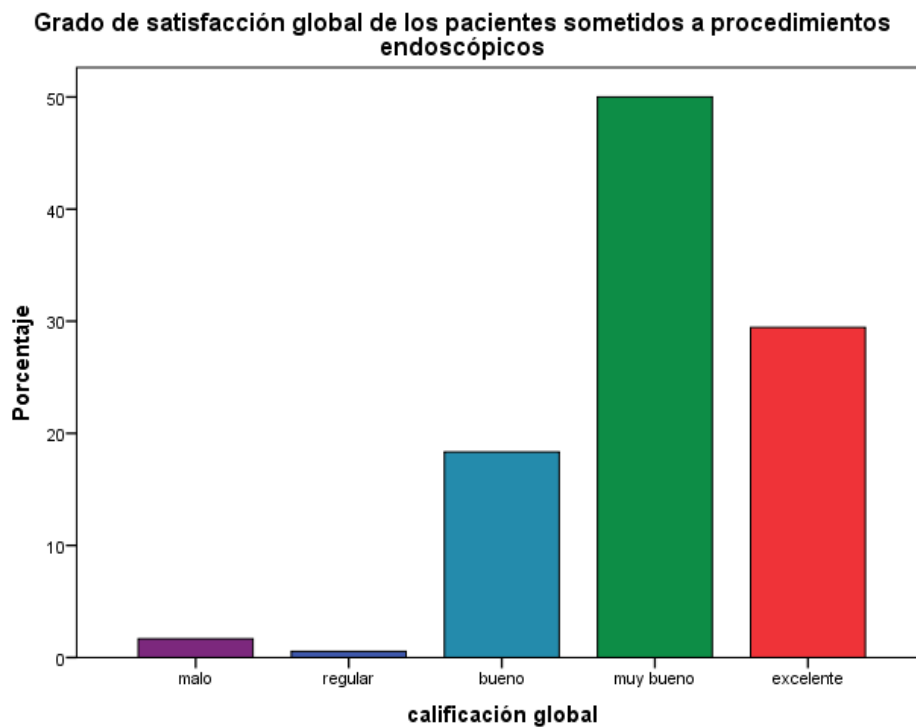
**TABLA 7.** Opinión de los pacientes sobre si volverían a realizar un nuevo procedimiento endoscópico en el mismo hospital. Fuente: Hospital General de las Fuerzas Armadas Nº 1. Servicio de Gastroenterología.

**7. Factores relacionados a la satisfacción**

- Calificación global del procedimiento**

En nuestra población obtuvimos la Satisfacción global de los pacientes al procedimiento endoscópico la que resultó en que un 50% de los encuestados calificaron el procedimiento como muy bueno, 29.4% como excelente, 18.3% como bueno, 0.6% como regular y 1.7% como malo. El porcentaje total de pacientes satisfechos tomados como aquellos que calificaron como muy bueno y excelente fue de 79,4%. **(FIGURA 18)**

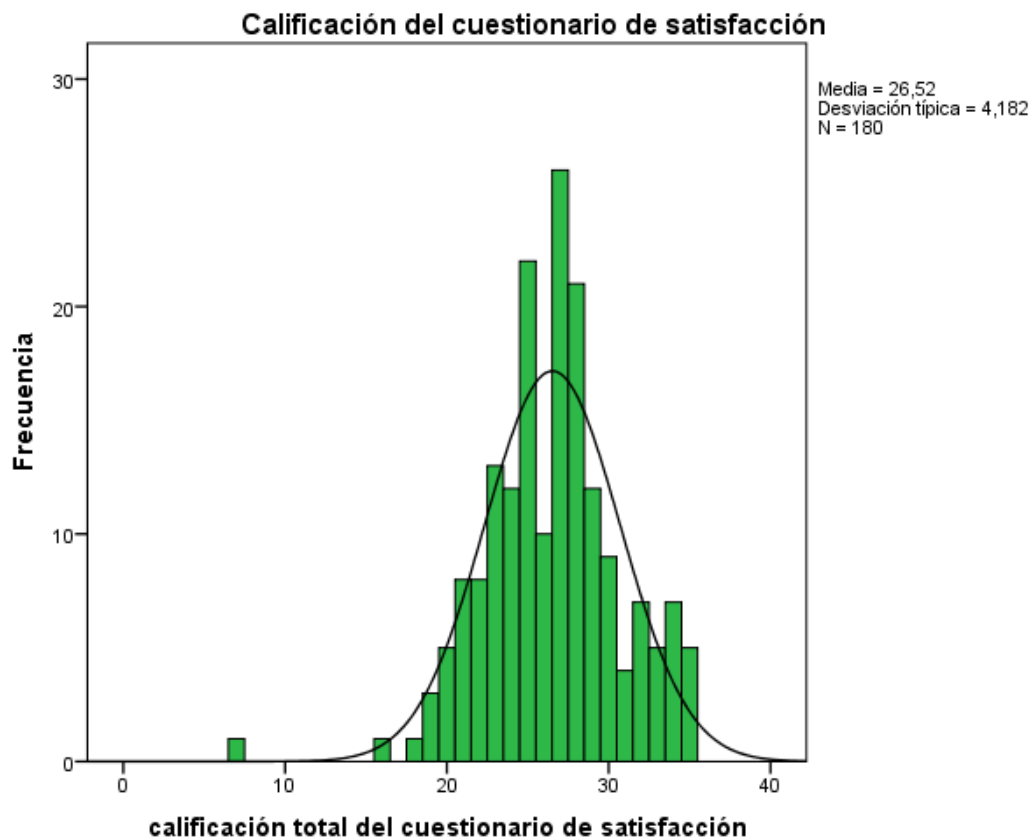




**FIGURA 18.** Grado de satisfacción global de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos. Fuente: Hospital General de las Fuerzas Armadas Nº 1. Servicio de Gastroenterología.

- **Calificación del cuestionario de satisfacción**

En cuanto al uso del cuestionario de satisfacción en nuestro estudios los pacientes respondieron como mínimo 7 puntos y un máximo de 35 puntos. La media fue de 26,52 puntos con una desviación típica de 4,182. **(FIGURA 19)**

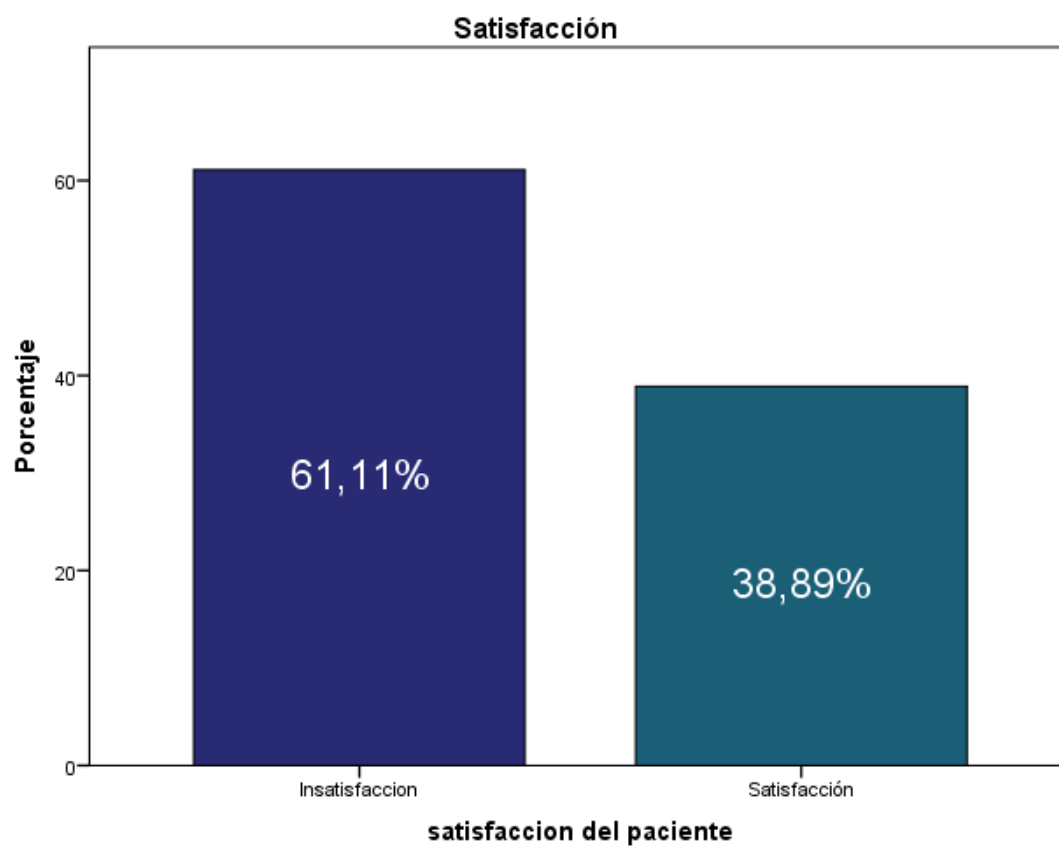


**FIGURA 19.** Distribución de la muestra según el puntaje total obtenido en el cuestionario.

Fuente: Hospital General de las Fuerzas Armadas Nº 1. Servicio de Gastroenterología.

- **Clasificación de los pacientes de acuerdo al puntaje obtenido en el cuestionario de satisfacción**

Para una mejor apreciación de esta información y para las medidas de asociación fueron tomados como satisfechos aquellos que sacaron igual o mayor a 28 en el cuestionario y como insatisfechos de 5 a 27 puntos (**FIGURA 20**)



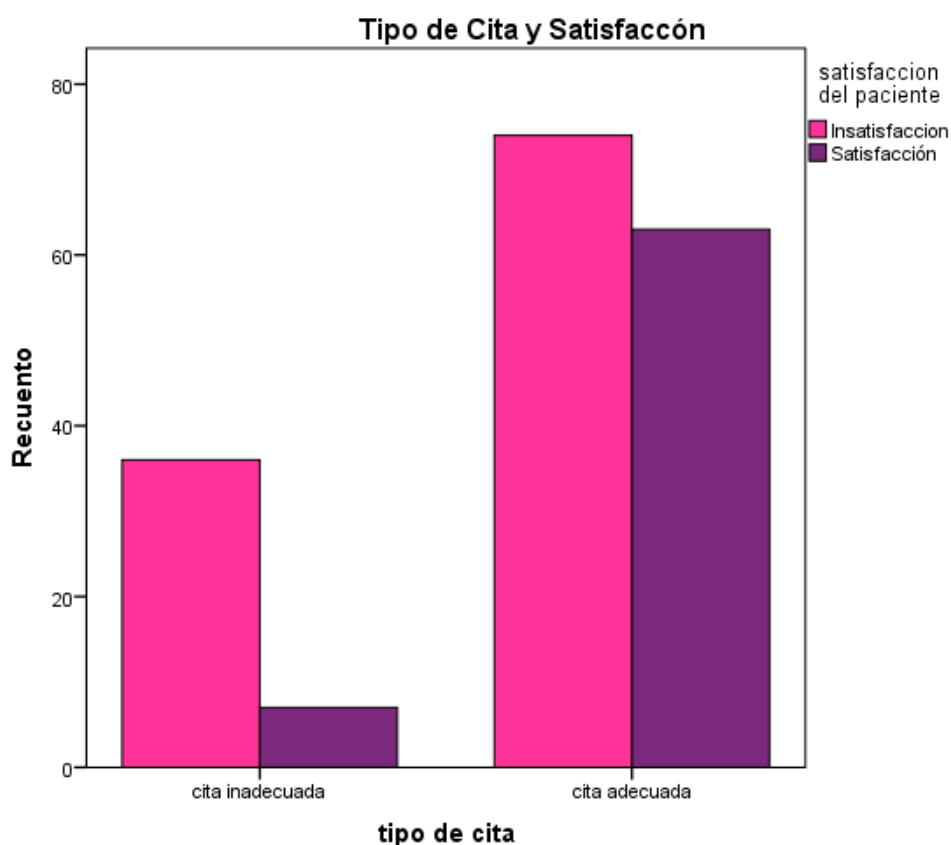
**FIGURA 20.** Clasificación de los pacientes de acuerdo al puntaje obtenido en el cuestionario de satisfacción. Fuente: Hospital General de las Fuerzas Armadas N° 1. Servicio de Gastroenterología.

## ANÁLISIS DE ASOCIACIÓN

En este estudio los factores que más influyeron sobre la satisfacción de los pacientes y que fueron estadísticamente significativos se describen a continuación:

- **Cita adecuada:**

De 70 pacientes que estuvieron satisfechos, 63 (90%) tuvieron una cita adecuada mientras que 7 (10%) tuvieron una cita inadecuada. La asociación estadísticamente significativa ( $p=0.001$ ) fue de 4,378 ( $IC_{95}= 1,822 - 10,520$ ) veces más probabilidad de tener mejor satisfacción en los pacientes que tuvieron cita adecuada con respecto a los que no. **(FIGURA 21)**



**FIGURA 21.** Satisfacción del paciente condicionada al tipo de cita. Fuente: Hospital General de las Fuerzas Armadas Nº 1. Servicio de Gastroenterología.

- **Tiempo de espera adecuado:**

De 70 pacientes que estuvieron satisfechos, 68 (97,1%) tuvieron un tiempo de espera adecuado mientras que 2 (2,9%) tuvieron un tiempo de espera inadecuado. La asociación estadísticamente significativa ( $p= 0.015$ ) fue de 6,215 ( $IC_{95}= 1,389 - 27,803$ ) veces mayor probabilidad de tener un mejor nivel de satisfacción en los pacientes que tuvieron un tiempo de espera adecuado para la realización del procedimiento con respecto de los que no.

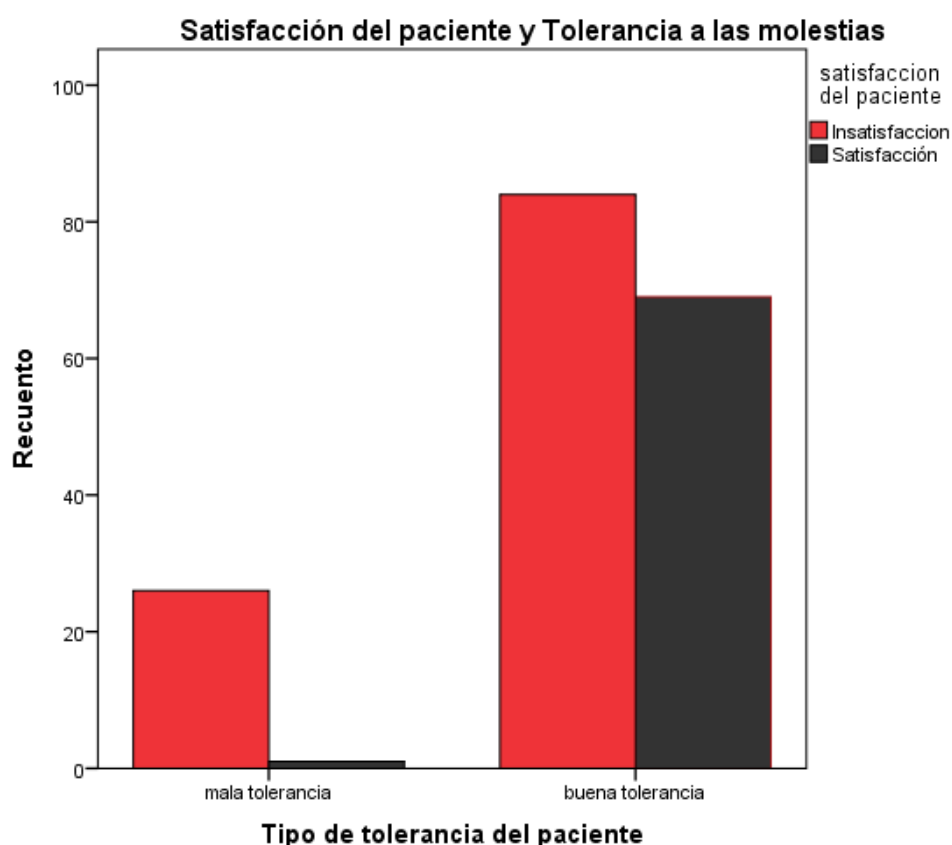
**(FIGURA 22)**



**FIGURA 22.** Satisfacción del paciente condicionada al tiempo de espera el día del procedimiento. Fuente: Hospital General de las Fuerzas Armadas Nº 1. Servicio de Gastroenterología.

- Buena tolerancia a las molestias que produce el procedimiento:

De 70 pacientes que estuvieron satisfechos, 69 (98,6%) tuvieron una buena tolerancia a las molestias mientras que solamente 1 (1,49%) tuvo una mala tolerancia. La asociación estadísticamente significativa ( $p=0.000$ ) fue de 21,357 ( $IC_{95}=2,826 - 161,404$ ) veces mayor probabilidad de tener un mejor nivel de satisfacción en los pacientes que tuvieron una buena tolerancia a las molestias con respecto a los que no. **(FIGURA 23)**



**FIGURA 23.** Satisfacción del paciente condicionada a la tolerancia a las molestias que produjo el procedimiento. Fuente: Hospital General de las Fuerzas Armadas Nº 1. Servicio de Gastroenterología.

También encontramos otros factores que presentaron asociación con el nivel de satisfacción del paciente a pesar de que no fueron estadísticamente significativos ( $P < 0.05$ ) como la edad, género, nivel de instrucción, las explicaciones recibidas antes del procedimiento, la cortesía del personal, la relación médico paciente, la posición civil, el uso de anestesia, la condición de llegada del paciente, el tipo de encuesta aplicada.

## CAPÍTULO VI

### DISCUSIÓN

La evaluación del nivel de satisfacción del paciente es uno de los indicadores clave de la calidad de atención de los servicios de salud, por lo que en la actualidad se le ha dado una mayor importancia a la opinión del paciente como usuario final de todos los servicios de salud, la misma que no sólo está en función de aspectos técnicos sino también de aspectos relacionados con el trato humanitario, la relación médico-paciente, la información, entre otras.

Además de la evaluación del nivel de satisfacción del paciente es necesario reconocer cuales son los factores que influyen sobre el mismo, por ejemplo la tolerancia a las molestias que se producen durante el procedimiento es un factor determinante en la satisfacción del paciente, además es un factor que se ve influenciado a la vez por otros factores, así lo han demostrado varios estudios por ejemplo Sánchez del Rio y colaboradores<sup>29</sup> en su estudio correlacional multicéntrico realizado en cinco unidades de endoscopia digestiva en Barcelona que incluyó a un total de 321 pacientes, determinó en su análisis de Pareto que los aspectos más representados en los poco vitales fueron el tiempo de espera para la cita y las molestias durante la exploración dándole especial importancia a esta última como el parámetro que mejor correlación tuvo sobre la valoración global que el paciente realizó del procedimiento ( $r=0,71$ ). Además en el estudio se observó diferencias significativas entre el uso de sedación o anestesia y las molestias durante la prueba tanto en endoscopia como en colonoscopia ( $p < 0,001$ ). A parte de la sedación otros factores están relacionados con las molestias percibidas por los pacientes, por esto otros estudios se preocuparon por la percepción del paciente acerca de las habilidades del médico, Shahid Rasool y colaboradores<sup>48</sup> en un estudio



transversal realizado en Asia demostró que hay una correlación fuerte ( $r=0.738$ ) entre el trato recibido por el médico y las habilidades percibidas, demostrando que no es suficiente una buena técnica sino una buena relación médico paciente y que estos parámetros podrían de cierta manera mejorar la tolerancia del paciente a las molestias que producen los procedimientos endoscópicos.

Por otro lado pese a que las molestias durante el procedimiento y las habilidades percibidas por el paciente son identificados como factores asociados, no es catalogado como de extrema importancia en la satisfacción global del paciente; así Trujillo y colaboradores<sup>3</sup> encontró asociación entre la habilidad del médico y la satisfacción RMP(1,849), pero no tan fuerte como otros parámetros relacionados a los tiempos de espera y las explicaciones del procedimiento; de la misma forma Muhammad y colaboradores.<sup>49</sup> vieron que la insatisfacción global por las habilidades del médico fue del 3.11% comparada con el 13,13% del tiempo de espera para la cita, por lo que no lo reportó como un factor determinante, además en este estudio se reportó una correlación pobre con el comportamiento del médico ( $r\ 0.244$ ), contrario a lo descrito previamente.

En nuestro estudio la tolerancia a las molestias que produce el procedimiento fue percibida como buena en el 85% de los pacientes mientras que como mala en un 15%, además se encontró asociación estadísticamente significativa con la satisfacción del paciente RMP (21,357) ( $p=0.000$ ), por lo que coincidimos con Sánchez del Rio y colaboradores.<sup>29</sup> No se evaluaron parámetros que influyeron en la tolerancia, pero reconocemos que pese al poco porcentaje de pacientes que se realizaron el procedimiento con sedación, esta no influye en el nivel de satisfacción de los pacientes con respecto a las molestias, sin embargo esto debe

ser confirmado en otros estudios además que deberían considerarse aspectos como la apreciación de la habilidad del médico, la ausencia de dolor durante la prueba, y el haberse realizado el procedimiento previamente ya que han sido reportados como los factores que más se relacionan con la opción del paciente a volver al mismo centro de salud<sup>50</sup>

Aparte de la tolerancia a las molestias también se ha visto una fuerte asociación con los tiempos de espera, así algunos de los estudios, como el estudio publicado en la revista de Gastroenterología de México por Trujillo-Benavides OE y colaboradores en el 2010 informan que el tiempo adecuado de espera para la cita es una variable que influye positivamente sobre el nivel de satisfacción RMP 3.104 IC<sub>95</sub> (1.801 - 5.349)<sup>9</sup>, así como el estudio multicéntrico realizado por Antonio Sánchez del Río, Rafael Campo y colaboradores sobre el nivel de satisfacción en pacientes sometidos a endoscopia que concluye que el tiempo de espera para la cita fue el problema más frecuente en 3 de los 5 centros que incluyó en el estudio<sup>29</sup>. Otro de los estudios que afirma que el tiempo de espera para la cita es uno de los factores más influyentes en el nivel de satisfacción de los pacientes es el estudio publicado por Isabel De la Torre Arrieta, Laura Roy Guerrero, Rosa Ma Artajona Mata en el que evalúa el nivel de satisfacción en pacientes sometidos a colonoscopia y encontró como resultado que el tiempo de espera para la cita fue el aspecto peor valorado de todas las variables del cuestionario<sup>51</sup>.

Por el contrario estudios como el estudio de cohorte prospectivo, realizado por Ko HH, Zhang H, Telford JJ, Enns R. y publicado en el 2009 ("Factors influencing patient satisfaction when undergoing endoscopic procedures") obtuvo como resultado que los factores con mayor asociación significativa al nivel de satisfacción fueron los siguientes: La cortesía del médico ([OR ] 3,00 [IC 95 % , 1,80-5,03 ] ) , las habilidades técnicas del médico (OR 2,65 [ IC 95% ,

1,55-4,51 ] ) , la cortesía del personal de enfermería (OR 2,84 [ IC 95% , 1,74-4,63 ] ) , el entorno físico (OR 1,75 [ IC 95 % , 1,16-2,64 ] ) , y las explicaciones que le dió el médico acerca del procedimiento (OR 1,66 [ IC 95% , 1,02-2,69 ] )<sup>31</sup>; de igual forma el estudio sobre el nivel de satisfacción en pacientes sometidos a endoscopia realizado por Yanai H, Schushan-Eisen I, Neuman S, Novis B concluye que la cortesía y el trato de todo el personal médico con los pacientes, como la explicación del procedimiento por los médicos antes y después del procedimiento, se calificaron como los factores con mayor asociación<sup>49</sup>.

En nuestro estudio, concordando con Trujillo-Benavides OE , Sánchez Del Río A y De la Torre I, los resultados fueron que de 70 pacientes que estuvieron satisfechos, 63 (90%) tuvieron una cita adecuada mientras que 7(10%) tuvieron una cita inadecuada. La asociación estadísticamente significativa (p=0.001) fue de 4,378 (IC<sub>95</sub>=1,822 – 10,520) veces más probabilidad de tener mejor satisfacción en los pacientes que tuvieron cita adecuada con respecto a los que no.

Aparte del tiempo de espera hasta el día de la cita, también se ha visto una relación con el tiempo de espera para el día del procedimiento, el autor Trujillo-Benavides OE en su estudio descriptivo, transversal de 179 pacientes sobre el nivel de satisfacción en pacientes sometidos a endoscopia informa que el tiempo de espera del turno el día de realización del procedimiento tuvo una asociación estadísticamente significativa de RMP 2.408 IC<sub>95</sub> (1.516 – 3.825) con el nivel de satisfacción y que un 82.2% del total de pacientes tuvieron un tiempo de espera adecuado es decir que calificaron como excelente a este factor en relación con un el 33.3% de los pacientes que tuvieron un tiempo de espera inadecuado<sup>9</sup>. Isabel De la Torre Arrieta, Laura Roy Guerrero, Rosa Ma Artajona Mata en su estudio de 164 pacientes sometidos a colonoscopia el 69.5% de los pacientes calificaron como muy bueno y excelente

al tiempo de espera, además encontraron una relación de esta variable con el uso de sedación, los pacientes que estaban sedados con fentanilo y midazolam consideraron como bueno ( $p=0,028$ ) siendo del 22.6% (coeficiente de contingencia 0.226)<sup>51</sup>.

Por el contrario estudios como el estudio multicéntrico realizado por Antonio Sánchez del Río, Rafel Campo y colaboradores sobre el nivel de satisfacción en pacientes sometidos a endoscopia en el que participaron 321 pacientes, concluye que los factores estadísticamente significativos fueron el tiempo de espera para la cita y la tolerancia a las molestias<sup>29</sup>. Otro estudio que no reporta al tiempo de espera del turno como un factor relacionado con el nivel de satisfacción es el estudio realizado por Ko HH, Zhang H, Telford JJ, Enns R.<sup>31</sup> cuyos resultados ya fueron mencionados previamente.

En este caso, nuestro estudio concuerda con los resultados obtenidos por los autores: Isabel De la Torre Arrieta, Laura Roy Guerrero, Rosa Ma Artajona Mata y Trujillo-Benavides OE y colaboradores, que de 70 pacientes que estuvieron satisfechos, 68 (97,1%) tuvieron un tiempo de espera adecuado mientras que 2 (2,9%) tuvieron un tiempo de espera inadecuado. La asociación estadísticamente significativa fue de 6,215 ( $p=0.015$ ) ( $IC_{95} = 1,389 - 27,803$ ) veces mayor probabilidad de tener un mejor nivel de satisfacción en los pacientes que tuvieron un tiempo de espera adecuado para la realización del procedimiento con respecto de los que no.

Aparte de los factores mencionados previamente y que fueron comprobados como influyentes en la satisfacción, también hicimos una revisión sobre aquellos que no salieron significativos en nuestro estudio pero que sin embargo en otros estudios si se encontró su representatividad, así por ejemplo en nuestro estudio pensamos encontrar una asociación significativa entre la sedación y el nivel de satisfacción del paciente ya que dentro de los

parámetros de calidad de la endoscopia se menciona a la sedación como aspecto fundamental, además porque en varios estudios se demostró su fuerte asociación y correlación con la satisfacción como lo hicieron Sánchez del Rio y colaboradores<sup>9</sup> quienes reportaron que la puntuación global del cuestionario fue mayor en aquellos pacientes sedados 29 (24-33) con respecto a los no sedados 26 (23-29). La diferencia resultó estadísticamente significativa ( $p = 0,038$ ) en aquellos que se realizaron endoscopia mientras que fue no significativa en los que se realizaron colonoscopia ( $p = 0,8$ ). Además observaron su relación con las preguntas acerca de las molestias durante el procedimiento y la satisfacción global. De la misma manera Shahrokh y colaboradores<sup>52</sup> determinaron que el uso de sedación durante el procedimiento incrementa de manera significativa la satisfacción global del paciente (OR= 2.07, 95% CI: 1.24-2.9,  $P < 0.0001$ ).

Sin embargo en nuestro estudio no encontramos asociación estadísticamente significativa entre el uso de sedación con la satisfacción RPM (0,642) ( $p = 0,309$ ), como experiencia de los autores si podemos afirmar que varios de los pacientes solicitaron la realización del estudio con sedación y que consideran como aspecto negativo del servicio que no se realice los procedimientos bajo sedación, sin embargo este parámetro no influyó lo suficiente en el nivel de satisfacción. Consideramos importante que se realicen otros estudios en el mismo servicio acerca del acceso limitado a la anestesia y la importancia de esta en la calidad de la endoscopia.

Aparte de la sedación, otro de los factores evaluados en nuestro estudio fue la cortesía del médico que le realizó la endoscopia al paciente y como este se relaciona con el grado de satisfacción. Como mencionamos previamente en el estudio de Ko HH, Zhang H, Telford

JJ, Enns R. publicado en el 2008, en el que participaron 261 pacientes, se reportaron varios factores asociados al nivel de satisfacción y que estuvieron directamente relacionados con las relaciones interpersonales como la cortesía del médico ([OR ] 3,00 [IC 95 % , 1,80-5,03 ], sus habilidades técnicas (OR 2,65 [ IC 95% , 1,55-4,51 ] ), la cortesía del personal de enfermería (OR 2,84 [ IC 95% , 1,74-4,63 ] ) y las explicaciones previas (OR 1,66 [ IC 95% , 1,02-2,69 ] )<sup>31</sup>; al igual que el estudio de Isabel De la Torre Arrieta, Laura Roy Guerrero, Rosa Ma Artajona Mata que encontraron una asociación estadísticamente significativa entre la cortesía del médico y el nivel de satisfacción, además encontraron como resultados que un 93.4% de los pacientes calificaron como muy bueno y excelente este parámetro<sup>51</sup>. Sin embargo en nuestro estudio no se encontró una relación estadísticamente significativa con el nivel satisfacción.

En nuestro estudio uno de los objetivos era determinar la relación de los factores tanto del paciente como del procedimiento con el nivel de satisfacción y se encontró una asociación estadísticamente significativa de los factores relacionados con el procedimiento; como la buena tolerancia en relación a las molestias percibidas durante el procedimiento, el tiempo de espera adecuado el día del procedimiento y el tipo de cita adecuada; con el mejor nivel de satisfacción, pero no se encontró una relación estadísticamente significativa en los factores relacionados con el paciente como son género, edad, nivel de instrucción y posición civil. De manera muy similar reportan estudios como el estudio publicado en la revista de Gastroenterología de México por Trujillo-Benavides OE en el 2010, que informa que los factores con mayor influencia sobre el nivel de satisfacción fueron un tiempo “adecuado” de espera hasta el día de la cita del procedimiento, la explicación del procedimiento y las respuestas a las preguntas del pacientes<sup>9</sup>, así como el tiempo de espera del turno el día del procedimiento y el estudio publicado por Antonio Sánchez del Río publicado en España en

el 2008 que concluye que los factores con mayor asociación en su estudio fueron el tiempo de espera para la cita y las molestias durante la exploración<sup>29</sup>.

Los resultados de nuestro estudio demostraron que el porcentaje de pacientes que tuvieron un buen nivel de satisfacción en relación a la calificación global del procedimiento endoscópico fue de 29.4% de pacientes que puntuaron como excelente, a este dato le sumamos el porcentaje de pacientes que calificaron al procedimiento en general como muy bueno que fue un 50% y obtuvimos que el total de pacientes satisfechos fue de 79.4%, menor en comparación a la cifra reportada por Trujillo-Benavides y colaboradores (revista de Gastroenterología de México en el 2010) de 90.6%<sup>9</sup> y mayor con respecto a la cifra reportada por De la Torre Arrieta y colaboradores (España 2014) que fue de 67.1%.

Consideramos que en nuestro estudio fue importante investigar la variable condición de llegada del paciente, para así poder diferenciar como podía influir sobre el nivel de satisfacción si el paciente se encontraba hospitalizado o se realizó el procedimiento endoscópico por consulta externa; y pudimos observar que en los pacientes hospitalizados los tiempos de espera tanto para la cita como el día del procedimiento eran mucho menores a los tiempos que esperaban los pacientes que tomaban la cita por consulta externa, sin embargo los pacientes hospitalizados tenían una patología de base que es un factor que no se estudió en nuestra investigación por lo tanto no encontramos una asociación estadísticamente significativa con el grado de satisfacción.

Varios de los factores relacionados a la calidad del procedimiento que se asocian con un mejor nivel de satisfacción propuestos en nuestra hipótesis se demostraron en este estudio, como se describió previamente, sin embargo pese a que intentamos cumplir nuestro objetivo de estudio no se determinó asociación significativa en la mayoría de los factores

propuestos como dependientes del paciente, recordando que la percepción del usuario y por ende la satisfacción del paciente se ve influenciada por condiciones propias de los individuos, varios estudios pese a tener muestras grandes y representativas no han medido estos factores y se han centrado más en los factores de calidad del procedimiento endoscópico como lo hicieron Muhammad y colaboradores<sup>49</sup> y Shahid y colaboradores<sup>48</sup>. Por otro lado, el estudio publicado en el 2014 por De la Torre Arrieta y colaboradores en el que se mide el grado de satisfacción en pacientes sometidos a colonoscopia reportó que no se encontró diferencias estadísticamente significativas con la edad pero sí con el género y el nivel de instrucción<sup>51</sup>

Empezando por cuestiones tan básicas como el género del paciente, pensamos que los hombres tendrían mejor tolerancia debido a su mayor umbral del dolor en relación a las mujeres<sup>53</sup>, y por ende un mejor nivel de satisfacción sin embargo en nuestro estudio no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la satisfacción y el ser hombre o mujer, ya que de los pacientes que estuvieron satisfechos el 50% fueron hombres y el otro 50% fueron mujeres RPM 0,930 ( $p= 0.932$ ), esto también se observó en otros estudios y tal vez el género no influye de manera significativa en la tolerancia a las molestias que produce el procedimiento, además que estas molestias podrían estar más alejadas del dolor en sí y se centrarían en otras percepciones, a pesar de todo lo mencionado no encontramos una asociación propia entre el género y el nivel de satisfacción al igual que Trujillo y colaboradores que en el 2010 observaron que la evaluación “excelente” del cuestionario se encontró en (58.1% hombres vs. 62.4% mujeres,  $p = 0.63$ )<sup>9</sup>



Para continuar con otros parámetros sociodemográficos que consideramos importantes, nos centraremos en la edad, a la cual para fines de comparación pensamos en un corte de 50 años debido a que los pacientes mayores tienen mejor aceptación a los procedimientos, ya han vivido la experiencia antes y tienen mejor aceptación a los diagnósticos y tratamientos<sup>1</sup>, además que cabe mencionar que es el tope de edad en donde comienzan ciertos tipos de screening y constituirían la mayor cantidad de pacientes que acudan al servicio, como se observó en muestras de otros estudios en el que la media de edad fue de  $51.3 \pm 14.9$  años (Trujillo y colaboradores)<sup>9</sup>. Efectivamente en nuestro estudio la media de la edad de los pacientes fue 55,18 años con un rango de 13 a 83, sin embargo a pesar de que se encontró una asociación no se encontró diferencias estadísticamente significativas con respecto a la satisfacción RPM 1,651 (p 0. 186) al igual que Sánchez del Rio y colaboradores en su estudio metacéntrico realizado en España<sup>29</sup>

En cuanto al nivel de instrucción del paciente es un factor que influye en muchos aspectos médicos, por eso consideramos que el no culminar el nivel básico de estudios, es decir el bachillerato, que en nuestro país se considera con 12 años de estudio otorga a los pacientes una concepción distinta, menos prejuicios y expectativas<sup>54</sup>, critican menos los servicios de salud y se encuentran más satisfechos con una menor calidad de atención<sup>1</sup>. En nuestro estudio no se encontró diferencias significativas en relación a los años de estudio y la satisfacción RMP (0,917) (p 0,939), sin embargo varios estudios demuestran la asociación en distintos parámetros con respecto al nivel de instrucción por ejemplo Russell Loftu y colaboradores<sup>50</sup> demostraron que los pacientes con menor escolaridad tienen menor voluntad para volverse a realizar el procedimiento, en cambio Shahrokh y colaboradores<sup>52</sup>

concluyeron que los niveles altos de educación (OR=0.07, 95% CI: 0.003-0.131; P=0.041) incrementan la satisfacción.

Al realizar nuestro estudio en un Hospital de las Fuerzas Armadas, consideramos que ser un paciente militar otorgó diferencias en cuanto a la satisfacción en contraste con aquellos pacientes civiles, debido a diferencias en el trato, a prioridades en los turnos, y en chequeos médicos completos, esto para apreciación de los autores propició a que la satisfacción sea mejor en los pacientes militares y más aun dependiendo del rango; sin embargo en nuestro análisis de asociación no se evidenció diferencia significativa RPM (0,642) ( $p = 0.200$ ).

Hemos mencionado los factores sociodemográficos y dependientes del procedimiento que se relacionaron con el mejor nivel de satisfacción, como habíamos supuesto muchos de estos tienen asociación pese a la no significancia por lo que recomendamos en futuros estudios considerarlos para la evaluación general de los pacientes y la mejor identificación de variables modificables y no modificables que influyen en la percepción de los servicios.

Los sesgos de nuestro estudio fueron las limitaciones derivadas de un estudio transversal, como por ejemplo: sesgo de memoria en el caso de los pacientes de los que se recolectó la información por vía telefónica cuando ya habían pasado algunos días de la realización de la endoscopia que tienden a recordar los detalles con menos claridad que los pacientes que realizaron la encuesta el día del procedimiento, sesgo de información el cual sucede cuando la recolección de la información no ocurre de igual manera para todos los participantes, por ejemplo en nuestro estudio la información fue recolectada de dos formas, como se explicó antes, se realizó la encuesta auto-aplicada a los pacientes que se encontraban en el servicio

y se realizó la encuesta por vía telefónica a los pacientes que ya se habían realizado<sup>55</sup>. Otra de las limitaciones podrían ser que el estudio fue realizado en un hospital de atención prioritaria a militares con un sistema de aseguramiento pequeño y que no se podría generalizar a otras poblaciones del sector público por las diferentes condiciones en las que se encuentran. Para la toma de la muestra en nuestro estudio se realizó un muestreo probabilístico en el que todos los pacientes tenían las mismas probabilidades de ser incluidos en el estudio por lo tanto no creemos que nuestra investigación podría tener un sesgo de selección<sup>55</sup>.

Es importante recalcar que no se han realizado estudios como este en nuestro país y que nuestro estudio podría originar nuevos estudios que evalúen el nivel de satisfacción para así poder mejorar la calidad de nuestros servicios, sería importante realizar un estudio multicéntrico que pueda comparar la situación de cada servicio y los factores relacionados con el nivel de satisfacción en cada uno de ellos para así poder aplicar estos resultados en todos los servicios de salud tanto públicos como privados.

## **CAPÍTULO VII**

### **CONCLUSIONES**

- 1.** Los factores relacionados al paciente y a la calidad del procedimiento endoscópico que se asociaron con un mejor nivel de satisfacción de los pacientes sometidos a endoscopia digestiva en el servicio de Gastroenterología del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas del Ecuador N°1, en el periodo de septiembre a octubre del año 2015 fueron: la buena tolerancia a las molestias del procedimiento, el conseguir una cita oportuna para la realización del procedimiento y que el tiempo de espera fue el adecuado el día del procedimiento.
- 2.** El nivel de satisfacción general de los pacientes sometidos a endoscopia digestiva en el servicio de gastroenterología del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas del Ecuador N°1, en el periodo de septiembre a octubre del año 2015 fue muy bueno.
- 3.** La variable condición de llegada del paciente para realizarse el procedimiento (hospitalizado/ ambulatorio) no tuvo una asociación estadísticamente significativa con el mejor nivel de satisfacción.
- 4.** Las molestias durante el procedimiento y el mayor tiempo de espera para la cita fueron factores que incidieron de manera negativa en el nivel de satisfacción de los pacientes sometidos a endoscopia.

## RECOMENDACIONES

1. Realizar estudios cualitativos que permitan reconocer otros factores que influyen en el nivel de satisfacción de los pacientes que se someten a procedimientos endoscópicos.
2. Compartir los resultados del estudio con todo el personal que realiza endoscopías para que se conozca que la buena tolerancia a las molestias que produce el procedimiento se relaciona con un mejor nivel de satisfacción del paciente, y que de esta manera se mantenga o incluso mejore la técnica de endoscopia que se ha empleado hasta el momento.
3. Gratificar al personal de enfermería para que su desempeño pre, intra y post procedimiento se mantenga para medrar la experiencia del paciente y se minimicen los aspectos que producen molestias y mala tolerancia al estudio, como la ansiedad y los aspectos relacionados a la instrumentación.
4. Evaluar la posibilidad de incrementar el número de equipos endoscópicos para disminuir tanto el tiempo de espera para asignación de citas como el tiempo de espera el día del procedimiento, de acuerdo a la demanda del servicio cumpliendo los tiempos de procesamiento en desinfección.
5. Ofrecer distractores en la sala de espera que disminuyan la ansiedad del paciente, mejoren la tolerancia a las molestias e incrementen la aceptación del procedimiento como trípticos con información y explicaciones de la endoscopia, además de material multimedia interactivo, esto también mejorará la apreciación del tiempo de espera.
6. Controlar el cumplimiento de horarios tanto de médicos, anestesiólogos como endoscopistas.

- 7.** Gestionar para mejorar la sala de espera, ya que se encuentra en un sitio de paso, a puertas abiertas y sin privacidad lo que ocasiona disgusto al paciente
- 8.** Mantener programas de evaluación de calidad de la Endoscopia y dentro de estos la evaluación periódica de la satisfacción del usuario.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Liz Hamui Sutton Ruth Fuentes García Rebeca Aguirre Hernández Omar Fernando Ramírez de la Roche, La satisfacción/insatisfacción de los usuarios del sistema de salud con la atención desde sus expectativas y experiencias en México [Internet]. Primera edición. México DF. D.R. © Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad Universitaria, Delegación Coyoacán, 2013, [actualizado: el 25 de septiembre del 2013; citado el 10 de agosto del 2015] Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/bmnd/SatisfaccionAtencionMedica.pdf>
2. Malagón G, Galán R, Pontón G. Garantía de Calidad en Salud. Bogotá: Editorial Medica Internacional, LTDA; 1999.
3. OE. Trujillo-Benavides, AM. Navarro-García, P. Baltazar-Montúfar, Registro de indicadores de calidad de la esófagogastroduodenoscopia en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza del IMSS; RevGastroenterolMex. [Internet]. 2009[citada el 10 de agosto del 2015];74(4): (301-5) Disponible en: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es/registro-indicadores-calidad-esofagogastroduodenoscopia-el/articulo/X0375090609477712/>
4. HÉCTOR AGUIRRE-GAS, M.C. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA. EXPECTATIVAS DE LOS PACIENTES Y DE LOS TRABAJADORES DE LAS UNIDADES MÉDICAS. Salud Pública de México [Internet]. 1990 [citado el 10 de agosto del 2015]; Vol. 32(2):170-180. Disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001014>
5. NajibAzmi, Wah-Kheong Chan and Khean-Lee Goh, Evaluation of patient satisfaction of an outpatient gastroscopy service in an Asian tertiary care hospital. BMC Gastroenterol. [Internet]. 2012; [citado el 10 de agosto del 2015] 12: (96).Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3444441/>
6. Crow R GH, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, Thomas H. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice form a systematic review of the literature. HealthTechnolAssess[Internet]. 2002; [citado el 10 de agosto del 2015]6: (1-244). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12925269>
7. Veenhoven, R. The Utility of Happiness. Social Indicators Research[Internet]. 1997; [citado el 10 de agosto del 2015]; 20: (333-354). Disponible en: <http://www2.eur.nl/fsw/research/veenhoven/Pub1980s/88a-full.pdf>
8. Peraza J. Grado de satisfacción de los pacientes obstétricos por el servicio prestado por el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Central Universitario Antonio María Pineda Barquisimeto [Internet]. Barquisimeto, Universidad Centrooccidental Lisandro Alvararo;[2000, citado el 10 de agosto del 2015]. Disponible en: [http://bibmed.ucla.edu.ve/edocs\\_bmucla/textocompleto/TWX1585P472000.PDF](http://bibmed.ucla.edu.ve/edocs_bmucla/textocompleto/TWX1585P472000.PDF)
9. OE. Trujillo-Benavides, AA. Altamirano-García, P. Baltazar-Montúfar, C. Maroun-Marun, R. Méndez-del Monte, D. Torres-Rubí, Nivel de satisfacción de pacientes tras un procedimiento endoscópico y factores asociados; RevGastroenterol [Internet].2010; [citado el 10 de agosto del 2015]75(4): (374-9) Disponible en: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es/nivel-satisfaccion-pacientes-tras-un/articulo/X0375090610898401/>
10. Andrea Soledad Hidalgo Ojeda Santiago Javier Zúñiga Ojeda; Análisis comparativo del uso de Tiopental más Fentanyl y Tiopental más Remifentanyl, y evaluación de la calidad de atención en pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos

diagnósticos en el Hospital UTPL y SOLCA, durante el periodo comprendido entre agosto - octubre 2010; [Internet]; Loja; Universidad Tecnica Particular de Loja; [2010] [citado el 10 de agosto del 2015] Disponible en: [http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/1673/3/UTPL\\_Hidalgo\\_Ojeda\\_Andrea\\_Soledad\\_610X1999.pdf](http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/1673/3/UTPL_Hidalgo_Ojeda_Andrea_Soledad_610X1999.pdf)

11. Johanson JE, Schmitt CM, Deas TM Jr, Eisen GM, Freeman M, Goldstein JL, Jensen DM, Lieberman DA, Lo SK, Sahai A, Schoenfeld P, Morgan M; Quality and outcomes assessment in Gastrointestinal Endoscopy; *Gastrointest Endosc*. [Internet] 2000 [citado el 10 de agosto del 2015] Dec;52(6 Pt 1):827-830. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11182685>
12. Wensing M. Evidence-based patient empowerment. *QualHealthCare*, [Internet] 2000; [citado el 10 de agosto del 2015] 9:(200-1). Disponible en: <http://qualitysafety.bmj.com/content/9/4/200.full>
13. A. Florence Nightingale (1820- 1910). *Perspectivas: revista trimestral de educación comparada*. 1998; XXVIII: 173- 189.
14. Lori DiPreteBrown, LynneMiller Franco, Nadwa Rafeh, Theresa Hatzell. Garantía de calidad de la atención de salud en los países en desarrollo. USAID. Bethesda. Disponible en: [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/Pnach089.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnach089.pdf)
15. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. *Explorations in quality assessment and monitoring*. Vol.I. Health Administration Press. Ann Arbor. Michigan. 1980.
16. International Organization for Standardization. *Quality: terms and definitions*. 1989.
17. Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16:S11-S27. Disponible en: <http://www.fadq.org/Portals/0/Investigacion/Monografico%20Avedis%201parte.pdf>
18. García E. De la Torre Julio. Rodríguez M. Metodología de la calidad aplicada a los profesionales de la salud. *CAU Campus Virtual* | [campus.virtual@uca.es](mailto:campus.virtual@uca.es). Disponible en: [https://ocw.uca.es/pluginfile.php/1042/mod\\_resource/content/1/TEMA\\_2.pdf](https://ocw.uca.es/pluginfile.php/1042/mod_resource/content/1/TEMA_2.pdf)
19. RICARDO GALÁN MORERA I. Garantía de Calidad en Salud ©2006. Editorial Médica Panamericana. Cap4. Pag 62- 69. Disponible en: <file:///C:/Users/PC1/Downloads/Garant%C3%ADa%20de%20Calidad%20en%20Salud%202006.pdf>
20. Arq. Alexander Lafebre, Subsecretario Nacional de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/subsecretaria-nacional-de-garantia-de-la-calidad-de-los-servicios-de-la-salud/>
21. Parasuraman, Zeithaml, Berry: "SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality". *Journal of Retailing*, Vol. 64, No. 1, Spring. Disponible en: <http://areas.kenanflagler.unc.edu/Marketing/FacultyStaff/zeithaml/Selected%20Publications/SERVQUAL%20A%20MultipleItem%20Scale%20for%20Measuring%20Consumer%20Perceptions%20of%20Service%20Quality.pdf>
22. Rojas, M. El bienestar subjetivo: su contribución a la apreciación y la consecución del progreso y el bienestar humano. *Realidad, datos y espacio. Revista Internacional de Estadística y Geografía*. México [Internet] 2011; [citado el 10 de agosto del 2015] 2(1) Disponible en: [http://www.inegi.org.mx/RDE/rde\\_02/rde\\_02\\_art4.html](http://www.inegi.org.mx/RDE/rde_02/rde_02_art4.html)



23. Hospital Universitario del Valle, HUV, "Evaristo García", ESE Cali, Valle, Colombia 2010 Calidad de la atención en salud. Percepción de los usuarios. Disponible en: <http://www.fundacionfundesalud.org/pdf/files/calidad-de-la-atencion-en-salud.pdf>
24. GRÖNROOS, C. (1988). "Service Quality: The Six Criteria of Good Service Quality", Review of Business, Vol 9 (Invierno), pp. 10-13.
25. CARR-HILL RA. The measurement of patient satisfaction. J Public Health Med 1992;14(3):236-49
26. VUORI H. Patient satisfaction-An attribute or indicator of the quality of care? QRB 1987;March:106-8.
27. J. RIVEROS S. Y C. BERNE M. ESTUDIO DE LA SATISFACCIÓN EN SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD. CASO DE UN HOSPITAL DEL SUR DE CHILE. Dirección de Investigación de la Universidad Austral de Chile. 2004. Disponible en: <http://www.epum2004.ua.es/aceptados/248.pdf>
28. Larsen IK1, Grotmol T, Bretthauer M, Gondal G, Huppertz-Hauss G, Hofstad B, Efskind P, Jørgensen A, Hoff G; Continuous evaluation of patient satisfaction in endoscopy centres.Scand J Gastroenterol. [Internet]. 2002 [citada el 10 de agosto del 2015]; 37(7)(850-5). Disponible en: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/gas.37.7.850.855>
29. Sánchez del Río, Campo R, Llach J, et al. Satisfacción del paciente con la endoscopia digestiva: resultados de un estudio multicéntrico. GastroenterolHepatol[Internet]. 2008; [citada el 10 de agosto del 2015]31:(566-71). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-satisfaccion-del-paciente-con-endoscopia-13128295>
30. Yacavone RF, Locke GR, Gostout CJ, et al. Factorsinfluencingpatientsatisfactionwith GI endoscopy. GastrointestEndosc[Internet]. 2001 [citada el 10 de agosto del 2015];53:(703-710). Disponible en: [http://www.giejournal.org/article/S0016-5107\(01\)63545-4/fulltext](http://www.giejournal.org/article/S0016-5107(01)63545-4/fulltext)
31. Ko HH, Zhang H, Telford JJ, et al. Factors influencing patient satisfaction when undergoing endoscopic procedures. GastrointestEndosc 2009;69:883 891.
32. Feddock CA, Hoellein AR, Griffith CH 3r.d, Wilson JF, Bowerman JL, Becker NS, et al. Can physicians improve patient satisfaction with long waiting times? Eval Health Prof. 2005; [citada el 10 de agosto del 2015]28:(40-52).
33. A. Sánchez del Río, O. Alarcón Fernández, J. S. Baudet, Z. Sainz Menéndez, M. Socas Méndez y G. Piera Jaén; Validación de un cuestionario breve sobre satisfacción del paciente en endoscopia digestiva: Rev. esp. Enferm[Internet]2005; [citada el 10 de agosto del 2015] 97(8). Disponible en:[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-01082005000800003&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-01082005000800003&script=sci_arttext&tlng=es)
34. Hoff G, Bretthauer M, Huppertz-Hauss G, Kittang E, Stallemo A, Hoie O, et al. The norwegiangastronet project: Continuous quality improvement of colonoscopy in 14 norwegiancentres. Scand J Gastroenterol. [Internet]2006; ; [citada el 10 de agosto del 2015] 41:(481-7) Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16635918>
35. Dr. Roque Saenz, Calidad en Edoscopia; . [Internet]. Edición única: Santiago de Chile; Grupo Talloni; 2010; [2010; 10 de agosto del 2015]. Disponible en: URL <http://www.gastro.comxa.com/pdf/libro-endo.pdf#page=18>
36. F. González-HuixLladó y F. IgeaArisqueta. Tratamiento de las enfermedades Gastroenterologicas. [Internet]. Tercera edición; España; Asociación Española de Gastroenterologia ; 2011. [2011; 10 de agosto del 2015]. Disponible en: URL

<http://www.studentconsult.es/bookportal/esencial-gastroenterologia/sin-autor/esencial-gastroenterologia/9788475927220/500/915.html>

37. Drs. José Watanabe, Juan José Bonilla, María Villanueva, Tallulah Gargurevich .  
Tópicos Selectos en Medicina Interna - GASTROENTEROLOGÍA. [Internet]. Primera edición; Lima Peru; Santa Ana S.A.C ; 2006. [2006; 10 de agosto del 2015]. Disponible en: URL [http://www.cmp.org.pe/documentos/librosLibres/tsmi/Cap22\\_Endoscopia\\_gastrointestinal.pdf](http://www.cmp.org.pe/documentos/librosLibres/tsmi/Cap22_Endoscopia_gastrointestinal.pdf)
38. Owings MF, Kozak LJ. Ambulatory and inpatient procedures in the United States, 1996. Vital and health statistics. US-DHSS 1998;19:1-13.
39. Working Party report. Provision of endoscopy related services in district general hospitals. British Society of Gastroenterology. 2001. Disponible en: [http://www.bsg.org.uk/pdf\\_word\\_docs/endo\\_related\\_services.pdf](http://www.bsg.org.uk/pdf_word_docs/endo_related_services.pdf)
40. M.A. Simón Marco y J.D. Morillas Sainz. Tratamiento de las enfermedades Gastroenterológicas. [Internet]. Tercera edición; España; Asociación Española de Gastroenterología ; 2011. [2011; 10 de agosto del 2015]. Disponible en: URL <http://www.studentconsult.es/bookportal/esencial-gastroenterologia/sin-autor/esencial-gastroenterologia/9788475927220/500/915.html>
41. Froehlich F, Burnand B, Pache I, et al. Overuse of upper gastrointestinal endoscopy in a country with open-access endoscopy: a prospective study in primary care. GastrointestEndosc[Internet]. 1997 [citada el 10 de agosto del 2015];45 (13-9). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9013164>
42. Taylor GM, Axon ATR, O'Mahony S. Quality assurance in gastrointestinal endoscopy. Gastroenterological Endoscopy, 1th. Edición. Stuttgart, Germany: Thieme; 2002; [citada el 10 de agosto del 2015];(53-60)
43. American Society for Gastrointestinal Endoscopy. Appropriate use of gastrointestinal endoscopy. GastrointestEndosc[Internet]. 2000; [citada el 10 de agosto del 2015]; 52:(831-7). Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0016510700702197>
44. Vader JP, Burnand B, Froehlich F, Dubois RW, Bochud M, Gonvers JJ. The European Panel on Appropriateness of Gastrointestinal Endoscopy (EPAGE) project and methods. Endoscopy[Internet]. 1999; [citada el 10 de agosto del 2015];31:(572-8). Disponible en: [http://www.epage.ch/EPAGE\\_ADM/EPAGE1/Project\\_and\\_methods.pdf](http://www.epage.ch/EPAGE_ADM/EPAGE1/Project_and_methods.pdf)
45. A Sánchez-del Río , E Quintero, O Alarcón, Idoneidad de las indicaciones de la endoscopia digestiva alta en unidades de acceso abierto; GastroenterolHepatol [Internet]. 2004; [citada el 10 de agosto del 2015];27(3): (119-24) Disponible en:[http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet? f=10&pid=13058395&pid\\_usuario=0&pcontactid=&pid\\_revista=14&ty=151&accion=L&origen=zonalectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=14v27n03a13058395pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pid=13058395&pid_usuario=0&pcontactid=&pid_revista=14&ty=151&accion=L&origen=zonalectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=14v27n03a13058395pdf001.pdf)
46. José Luis González-Thompson a, Antonio De la Torre-Bravo b, Juan Miguel Abdo Francis c, Omar Edel Trujillo Benavides, Primer Consenso Mexicano sobre Calidad en Endoscopia Gastrointestinal. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal Endoscopia [Internet]. 2011 [citada el 10 de agosto del 2015];23(4):(195-201) Disponible en: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet? f=10&pid=90090838&pid\\_usuario=0&pcontactid=&pid\\_revista=335&ty=1&accion=L&origen=zonalectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=335v23n04a90090838pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pid=90090838&pid_usuario=0&pcontactid=&pid_revista=335&ty=1&accion=L&origen=zonalectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=335v23n04a90090838pdf001.pdf)

47. Dr. Roque Saenz, Calidad en Edoscopia; . [Internet]. Edición única: Santiago de Chile; Grupo Talloni; 2010; [2010; 10 de agosto del 2015]. Disponible en: URL <http://www.gastro.comxa.com/pdf/libro-endo.pdf#page=18>
48. Shahid R. Shahid A. Shaheer S. Mohammad S. Wasim J. Saeed H. Evaluation of quality and patient satisfaction during endoscopic procedure: A cross sectional study from South Asian country. Departments of Medicine, Section of Gastroenterology, Aga Khan University Hospital, Karachi, Pakistan.
49. Muhammad O. Farzana S., Shafiq. Tariq K. Nasir K. Factors Affecting Patient Satisfaction During Endoscopic Procedures. Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan 2013. Vol. 23 (11): 775-779
50. R Loftus, Z Nugent, LA Graff, F Schumacher, CN Bernstein, H Singh. Patient satisfaction with the endoscopy experience and willingness to return in a central Canadian health region. Can J Gastroenterol 2013;27(5):259-266.
51. De la Torre Arrieta I, Roy Guerrero L, Artajona Mata R; Calidad en Colonoscopia: grado de satisfacción del paciente; Nure Investigación N° 69; Marzo-Abril 2014. Disponible en: <file:///C:/Users/ASUS%20MINI/Downloads/Dialnet-CalidadEnColonoscopiaGradoDeSatisfaccionDelPacient-4740089.pdf>
52. Shahrokh I. Mojgan F. Homayoon Z. et al. Effect of general anesthesia during GI endoscopic procedures on patient satisfaction. Gastroenterol Hepatol Bed Bench 2012. Research Institute for Gastroenterology and Liver Diseases. 5(Suppl. 1):S20-S25
53. Greenspan JD, Craft RM, LeResche L et al. –Studying sex and gender differences in pain and analgesia: A consensus report. Pain, 2007;132:26-45.
54. Narro, R. J. Rodríguez, D. J. Viesca, T. C. y Abreu, H. L. F. (2004). “Retos y reflexiones”. México: Gaceta. Médica. Ética y salud [online]: vol.140, n.6 [citado 2012-08-22], pp. 661-666. Disponible en: . ISSN 0016-3813.
55. Hernández- Avila M, Garrido F, Salazar- Martínez E, Sesgos en estudios epidemiológicos, Salud pública de México [Internet]. 2000; Vol. 42 N°5. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v42n5/3995.pdf>

## APÉNDICE

### Tablas de frecuencia

#### Factores Sociodemográficos

##### Género del paciente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Masculino	88	48,9	48,9	48,9
	Femenino	92	51,1	51,1	100,0
	Total	180	100,0	100,0	

##### Ocupación - Posición civil

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	militar	78	43,3	43,3	43,3
	civil	102	56,7	56,7	100,0
	Total	180	100,0	100,0	

##### Tipo de encuesta

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Telefónica	137	76,1	76,1	76,1
	autoaplicada	43	23,9	23,9	100,0
	Total	180	100,0	100,0	

#### Factores relacionados con la condición de llegada

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ambulatorio	167	92,8	92,8	92,8
Válidos Hospitalizado	13	7,2	7,2	100,0
Total	180	100,0	100,0	

### Factores relacionados con el procedimiento endoscópico

#### Tipo de procedimiento

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
EDA	161	89,4	89,4	89,4
colonoscopia	9	5,0	5,0	94,4
Válidos rectosigmoideoscopia	4	2,2	2,2	96,7
COLOS mas EDA	6	3,3	3,3	100,0
Total	180	100,0	100,0	

### Tolerancia a las molestias durante el procedimiento

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Malo	10	5,6	5,6	5,6
	Regular	17	9,4	9,4	15,0
	Bueno	73	40,6	40,6	55,6
	muy bueno	58	32,2	32,2	87,8
	Excelente	22	12,2	12,2	100,0
	Total	180	100,0	100,0	

### Tipo de tolerancia del paciente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	mala tolerancia	27	15,0	15,0	15,0
	buena tolerancia	153	85,0	85,0	100,0
	Total	180	100,0	100,0	

### Uso de anestesia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	38	21,1	21,1	21,1
	no	142	78,9	78,9	100,0
	Total	180	100,0	100,0	

### Factores relacionados al tiempo de espera del paciente

### Tiempo de espera para la cita

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
malo	16	8,9	8,9	8,9
regular	27	15,0	15,0	23,9
bueno	73	40,6	40,6	64,4
muy bueno	40	22,2	22,2	86,7
excelente	24	13,3	13,3	100,0
Total	180	100,0	100,0	

### Tipo de cita

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
cita inadecuada	43	23,9	23,9	23,9
cita adecuada	137	76,1	76,1	100,0
Total	180	100,0	100,0	

### Tiempo de espera el día del procedimiento

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
malo	8	4,4	4,4	4,4
regular	11	6,1	6,1	10,6
bueno	70	38,9	38,9	49,4
muy bueno	65	36,1	36,1	85,6
excelente	26	14,4	14,4	100,0
Total	180	100,0	100,0	

### Tipo de tiempo de espera

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
tiempo inadecuado	19	10,6	10,6	10,6
Válidos tiempo adecuado	161	89,4	89,4	100,0
Total	180	100,0	100,0	

### Factores que involucran la relación médico paciente

#### Explicaciones sobre el procedimiento

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
malo	3	1,7	1,7	1,7
regular	3	1,7	1,7	3,3
bueno	34	18,9	18,9	22,2
muy bueno	101	56,1	56,1	78,3
excelente	39	21,7	21,7	100,0
Total	180	100,0	100,0	

#### Calidad de la explicación

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
mala explicación	6	3,3	3,3	3,3
buen explicación	174	96,7	96,7	100,0
Total	180	100,0	100,0	

#### Cortesía del personal

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
--	------------	------------	----------------------	-------------------------



Válidos	Malo	2	1,1	1,1	1,1
	Regular	2	1,1	1,1	2,2
	Bueno	28	15,6	15,6	17,8
	muy bueno	96	53,3	53,3	71,1
	Excelente	52	28,9	28,9	100,0
	Total	180	100,0	100,0	

#### Tipo de relación con el personal

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	sin cortesía	4	2,2	2,2	2,2
	cortesía	176	97,8	97,8	100,0
	Total	180	100,0	100,0	

#### Cortesía del médico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Malo	1	,6	,6	,6
	Regular	1	,6	,6	1,1
	bueno	9	5,0	5,0	6,1
	muy bueno	79	43,9	43,9	50,0
	excelente	90	50,0	50,0	100,0
	Total	180	100,0	100,0	

#### Tipo de Relación M-P

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Mala Relación	2	1,1	1,1	1,1
	Buena Relación	178	98,9	98,9	100,0
	Total	180	100,0	100,0	

#### Se volvería a realizar la prueba con el mismo médico?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	175	97,2	97,2	97,2
	no	5	2,8	2,8	100,0
	Total	180	100,0	100,0	

#### Factores relacionados con la institución

#### Se volvería a realizar la prueba en el mismo hospital?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	176	97,8	97,8	97,8
	no	4	2,2	2,2	100,0
	Total	180	100,0	100,0	

#### Factores asociados a la satisfacción

#### Nivel de Satisfacción

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
--	------------	------------	-------------------	----------------------

	Malo	3	1,7	1,7	1,7
	Regular	1	,6	,6	2,2
	Bueno	33	18,3	18,3	20,6
Válidos	muy bueno	90	50,0	50,0	70,6
	Excelente	53	29,4	29,4	100,0
	Total	180	100,0	100,0	

#### Satisfacción del paciente

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Insatisfacción	110	61,1	61,1	61,1
Válidos Satisfacción	70	38,9	38,9	100,0
Total	180	100,0	100,0	

#### Estadísticos Descriptivos de Variables Numéricas

	edad en años	años de estudio	tiempo de espera para la cita en días	Tiempo de espera el día del procedimiento en minutos
N				
Válidos	180	180	179	180
Perdidos	0	0	1	0
Media	55,18	12,58	19,50	48,58
Error típ. de la media	1,096	,295	1,629	4,031

**Calificación total del cuestionario  
de satisfacción**

N	Válidos	180
	Perdidos	0
Media		26,52
Error típ. de la media		,312

**Tablas de contingencia y Medidas de Asociación entre los factores que influyeron en el  
Mejor Nivel de satisfacción**

**Tabla de contingencia genero del paciente vs satisfacción del paciente**

			satisfacción del paciente		
			Insatisfacción	Satisfacción	
			n		
genero del paciente		Recuento	53	35	88
	masculino	% dentro de satisfacción del paciente	48,2%	50,0%	48,9%
		Recuento	57	35	92
	femenino	% dentro de satisfacción del paciente	51,8%	50,0%	51,1%
Total		Recuento	110	70	180
		% dentro de satisfacción del paciente	100,0%	100,0%	100,0%

### Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para genero del paciente (masculino / femenino)	,930	,511	1,693
Para la cohorte satisfacción del paciente = Insatisfacción	,972	,770	1,228
Para la cohorte satisfacción del paciente = Satisfacción	1,045	,725	1,508
N de casos válidos	180		

### Pruebas de independencia condicional

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintótica (bilateral)
De Cochran	,057	1	,812
Mantel-Haenszel	,007	1	,932

**Tabla de contingencia Satisfacción vs Edad**

			satisfacción del paciente		Total
			Insatisfacción	Satisfacción	
edad dividido en grupo de estudio	menores de 50	Recuento	40	18	58
		% dentro de satisfaccion del paciente	36,4%	25,7%	32,2%
	mayores de 50	Recuento	70	52	122
		% dentro de satisfaccion del paciente	63,6%	74,3%	67,8%
Total	Recuento		110	70	180
	% dentro de satisfaccion del paciente		100,0%	100,0%	100,0%

**Estimación de riesgo**

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Infrior	Superior
Razón de las ventajas para edad dividido en grupo de estudio (menores de 50 / mayores de 50)	1,651	,852	3,200
Para la cohorte satisfaccion del paciente = Insatisfaccion	1,202	,954	1,514

Para la cohorte satisfaccion del paciente = Satisfacción	,728	,471	1,125
N de casos válidos	180		

#### Pruebas de independencia condicional

	Chi- cuadrado	gl	Sig. asintótica (bilateral)
De Cochran	2,221	1	,136
Mantel- Haenszel	1,751	1	,186

**Tabla de contingencia Satisfacción vs Años de Estudio**

			satisfacción del paciente		Total
			Insatisfacción	Satisfacción	
Años de estudio categorizados	Recuento		28	19	47
	menores de 12 años	% dentro de satisfacción del paciente	25,5%	27,1%	26,1%
	Recuento		82	51	133
	mayores de 12 años	% dentro de satisfacción del paciente	74,5%	72,9%	73,9%
Total	Recuento		110	70	180
		% dentro de satisfaccion del paciente	100,0%	100,0%	100,0%

### Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para Años de estudio categorizados (menores de 12 años / mayores de 12 años)	,917	,465	1,808
Para la cohorte satisfaccion del paciente = Insatisfaccion	,966	,737	1,267
Para la cohorte satisfaccion del paciente = Satisfacción	1,054	,701	1,586
N de casos válidos	180		

### Pruebas de independencia condicional

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintótica (bilateral)
De Cochran	,063	1	,802
Mantel-Haenszel	,006	1	,939



**Tabla de contingencia Satisfacción vs Posición Civil**

		satisfacción del paciente		Total
		Insatisfacción	Satisfacción	
posición civil	Recurso militar	43	35	78
	% dentro de satisfacción del paciente	39,1%	50,0%	43,3%
	Recurso civil	67	35	102
	% dentro de satisfacción del paciente	60,9%	50,0%	56,7%
Total	Recurso	110	70	180
	% dentro de satisfacción del paciente	100,0%	100,0%	100,0%

**Estimación de riesgo**

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para posición civil (militar / civil)	,642	,350	1,175
Para la cohorte satisfacción del paciente = Insatisfacción	,839	,657	1,072
Para la cohorte satisfacción del paciente = Satisfacción	1,308	,909	1,882
N de casos válidos	180		

**Pruebas de independencia condicional**

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintótica (bilateral)

De Cochran	2,073	1	,150
Mantel-Haenszel	1,644	1	,200

**Tabla de contingencia Satisfacción Vs Tipo de Encuesta**

			satisfacción del paciente		Total
			Insatisfacción	Satisfacción	
tipo de encuesta	telefónica	Recuento	82	55	137
		% dentro de satisfacción del paciente	74,5%	78,6%	76,1%
	auto aplicada	Recuento	28	15	43
		% dentro de satisfacción del paciente	25,5%	21,4%	23,9%
Total	Recuento		110	70	180
	% dentro de satisfacción del paciente		100,0%	100,0%	100,0%

**Estimación de riesgo**

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para tipo de encuesta (telefonica / autoaplicada)	,799	,391	1,631
Para la cohorte satisfaccion del paciente = Insatisfaccion	,919	,710	1,190
Para la cohorte satisfaccion del paciente = Satisfacción	1,151	,729	1,817

N de casos válidos	180		
--------------------	-----	--	--

#### Pruebas de independencia condicional

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintótica (bilateral)
De Cochran	,381	1	,537
Mantel-Haenszel	,191	1	,662

#### Tabla de contingencia Satisfacción vs Condición de Llegada del paciente

			satisfacción del paciente		Total
			Insatisfacción	Satisfacción	
condición de llegada	ambulatorio	Recuento	101	66	167
		% dentro de satisfacción del paciente	91,8%	94,3%	92,8%
	hospitalizado	Recuento	9	4	13
		% dentro de satisfacción del paciente	8,2%	5,7%	7,2%
	Total	Recuento	110	70	180
		% dentro de satisfacción del paciente	100,0%	100,0%	100%

#### Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior

Razón de las ventajas para condición de llegada (ambulatorio / hospitalizado)	,680	,201	2,299
Para la cohorte satisfaccion del paciente = Insatisfaccion	,874	,596	1,281
Para la cohorte satisfaccion del paciente = Satisfacción	1,284	,556	2,965
N de casos válidos	180		

**Pruebas de independencia condicional**

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintótica (bilateral)
De Cochran	,389	1	,533
Mantel-Haenszel	,107	1	,743

**Tabla de contingencia Satisfacción vs Tolerancia a las molestias**

			satisfacción del paciente		Total
			Insatisfacción	Satisfacción	
Tipo de tolerancia del paciente	mala tolerancia	Recuento	26	1	27
		% dentro de satisfacción del paciente	23,6%	1,4%	15,0%
	buena tolerancia	Recuento	84	69	153
		% dentro de satisfacción del paciente	76,4%	98,6%	85,0%
Total	Recuento		110	70	180
	% dentro de satisfacción del paciente		100,0%	100,0%	100,0%

**Estimación de riesgo**

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para Tipo de tolerancia del paciente (mala tolerancia / buena tolerancia)	21,357	2,826	161,404
Para la cohorte satisfacción del paciente = Insatisfacción	1,754	1,492	2,061

Para la cohorte satisfacción del paciente = Satisfacción	,082	,012	,567
N de casos válidos	180		

#### Pruebas de independencia condicional

	Chi- cuadrado	gl	Sig. asintótica (bilateral)
De Cochran	16,547	1	,000
Mantel- Haenszel	14,769	1	,000

#### Tabla de contingencia Satisfacción vs Uso de Anestesia

			satisfacción del paciente		Total
			Insatisfacción	Satisfacción	
uso de anestesia	sí	Recuento	20	18	38
		% dentro de satisfacción del paciente	18,2%	25,7%	21,1%
	no	Recuento	90	52	142
		% dentro de satisfacción del paciente	81,8%	74,3%	78,9%
Total	Recuento		110	70	180
	% dentro de satisfacción del paciente		100,0%	100,0%	100,0%

#### Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para uso de anestesia (si / no)	,642	,312	1,322
Para la cohorte satisfaccion del paciente = Insatisfaccion	,830	,599	1,151
Para la cohorte satisfaccion del paciente = Satisfacción	1,294	,868	1,928
N de casos válidos	180		

**Pruebas de independencia condicional**

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintótica (bilateral)
De Cochran	1,457	1	,227
Mantel-Haenszel	1,034	1	,309

**Tabla de contingencia Satisfacción vs tipo de cita**

		satisfacción del paciente		Total
		Insatisfacción	Satisfacción	
tipo de cita	Recuento	36	7	43
	cita inadecuada			
	% dentro de satisfacción del paciente	32,7%	10,0%	23,9%
	Recuento	74	63	137
cita adecuada				
	% dentro de satisfacción del paciente	67,3%	90,0%	76,1%
Total	Recuento	110	70	180
	% dentro de satisfacción del paciente	100,0%	100,0%	100,0%

**Estimación de riesgo**

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para tipo de cita (cita inadecuada / cita adecuada)	4,378	1,822	10,520
Para la cohorte satisfaccion del paciente = Insatisfaccion	1,550	1,265	1,899
Para la cohorte satisfaccion del paciente = Satisfacción	,354	,175	,714
N de casos válidos	180		

**Pruebas de independencia condicional**



	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintótica (bilateral)
De Cochran	12,153	1	,000
Mantel-Haenszel	10,874	1	,001

**Tabla de contingencia Satisfacción vs Tiempo de espera  
el día del procedimiento**

			satisfacción del paciente	satisfacción del paciente	Total
			Insatisfacción	Satisfacción	
tipo de tiempo de espera	tiempo inadecuado	Recuento	17	2	19
		% dentro de satisfacción del paciente	15,5%	2,9%	10,6%
	tiempo adecuado	Recuento	93	68	161
		% dentro de satisfacción del paciente	84,5%	97,1%	89,4%
Total	Recuento		110	70	180
	% dentro de satisfacción del paciente		100,0%	100,0%	100,0%

**Estimación de riesgo**

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para tipo de tiempo de espera (tiempo inadecuado / tiempo adecuado)	6,215	1,389	27,803
Para la cohorte satisfaccion del paciente = Insatisfaccion	1,549	1,264	1,898
Para la cohorte satisfaccion del paciente = Satisfacción	,249	,066	,936
N de casos válidos	180		

#### Pruebas de independencia condicional

	Chi-cuadrado	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
De Cochran	7,190	1	,007
Mantel-Haenszel	5,885	1	,015

**Tabla de contingencia Satisfacción vs Calidad de la explicación**

			satisfacción del paciente	satisfacción del paciente	Total
			Insatisfacción	Satisfacción	
calidad de la explicación	Mala explicación	Recuento	6	0	6
		% dentro de satisfacción del paciente	5,5%	0,0%	3,3%
	Buena Explicación	Recuento	104	70	174
		% dentro de satisfacción del paciente	94,5%	100,0%	96,7%
Total		Recuento	110	70	180
		% dentro de satisfaccion del paciente	100,0%	100,0%	100,0%

**Estimación de riesgo**

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Para la cohorte satisfacción del paciente = Insatisfacción	1,673	1,481	1,890
N de casos válidos	180		

**Pruebas de independencia condicional**

	Chi-cuadrado	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
De Cochran	3,950	1	,047
Mantel-Haenszel	2,425	1	,119

**Tabla de contingencia Satisfacción vs Cortesía del Personal**

			satisfacción del paciente		Total
			Insatisfacción	Satisfacción	
La relación con el personal	sin cortesía	Recuento	4	0	4
		% dentro de satisfacción del paciente	3,6%	0,0%	2,2%
	cortesía	Recuento	106	70	176
		% dentro de satisfacción del paciente	96,4%	100,0%	97,8%
Total		Recuento	110	70	180
		% dentro de satisfacción del paciente	100,0%	100,0%	100,0%

**Estimación de riesgo**

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Para la cohorte satisfacción del paciente = Insatisfacción	1,660	1,473	1,872
N de casos válidos	180		

### Pruebas de independencia condicional

	Chi-cuadrado	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
De Cochran	2,603	1	,107
Mantel-Haenszel	1,192	1	,275

**Tabla de contingencia Satisfacción vs Relación MP**

			satisfacción del paciente		Total
			Insatisfacción	Satisfacción	
tipo de Relación M-P	Mala Relación	Recuento	2	0	2
		% dentro de satisfacción del paciente	1,8%	0,0%	1,1%
	Buena Relación	Recuento	108	70	178
		% dentro de satisfacción del paciente	98,2%	100,0%	98,9%
Total	Recuento		110	70	180
	% dentro de satisfacción del paciente		100,0%	100,0%	100%

### Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Para la cohorte satisfacción del paciente = Insatisfacción	1,648	1,464	1,855
N de casos válidos	180		

## Prueba T

### Variables edad y años de estudio vs Satisfacción

#### Estadísticos de grupo

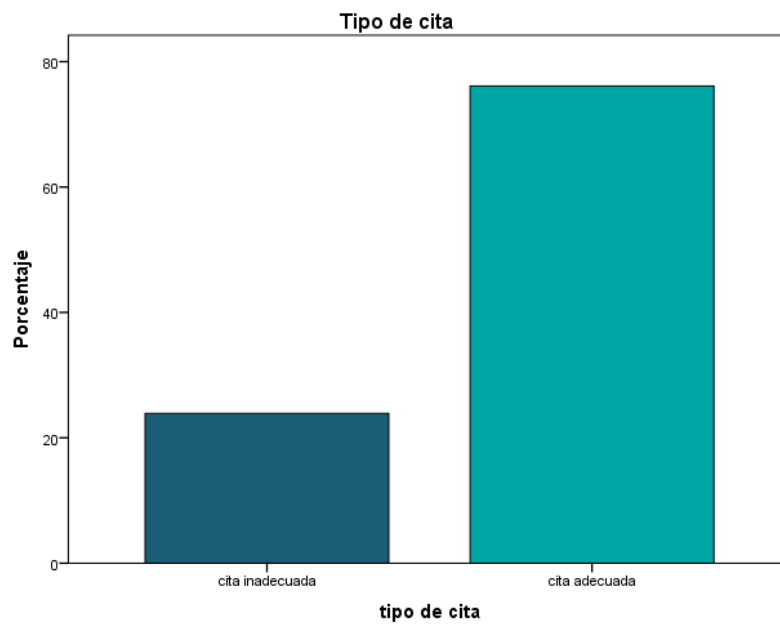
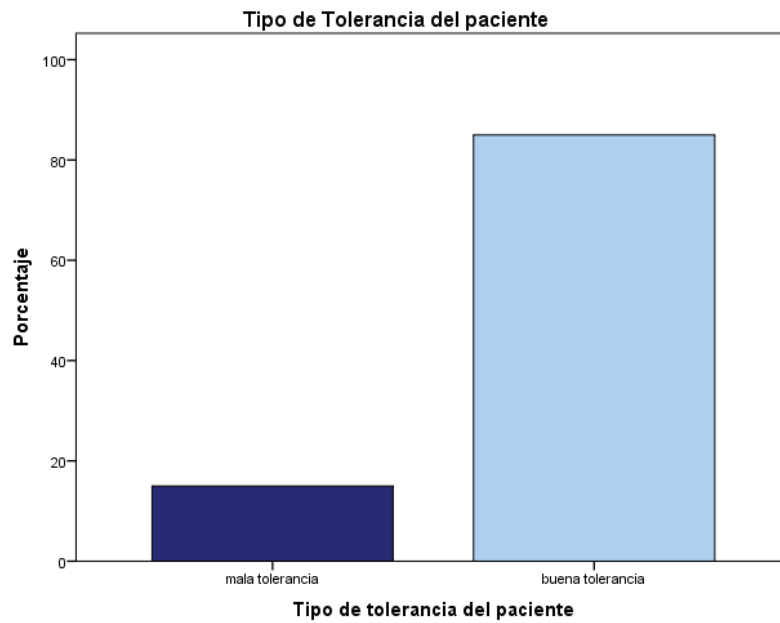
satisfacción del paciente		N	Media	Desviación típ.
edad en años	Satisfechos	70	57,86	14,422
	Insatisfechos	110	53,48	14,695
años de estudio	Satisfechos	70	12,60	4,027
	Insatisfechos	110	12,56	3,934

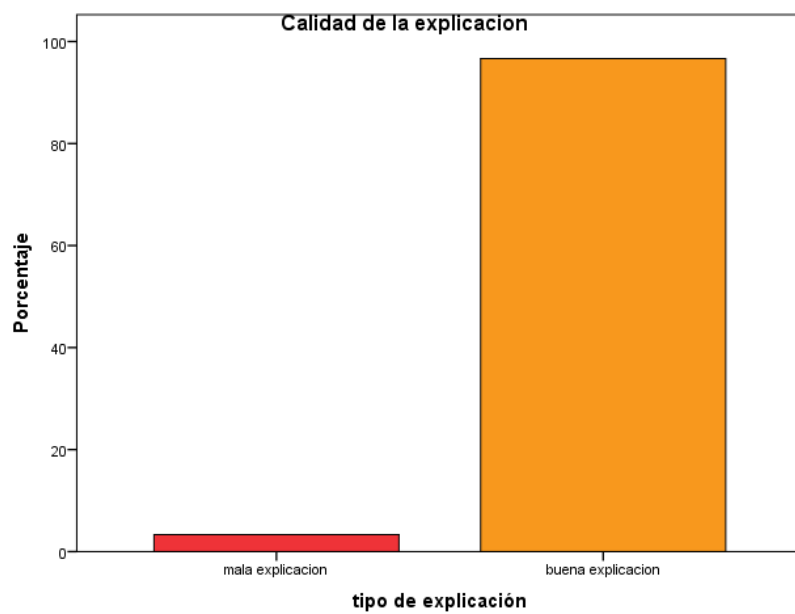
#### Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias
		F	Sig.	t
edad en años	Se han asumido varianzas iguales	,044	,834	1,961
	No se han asumido varianzas iguales			1,970
años de estudio	Se han asumido varianzas iguales	,509	,477	,060
	No se han asumido varianzas iguales			,060
	Se han asumido varianzas iguales	,415	,521	,334

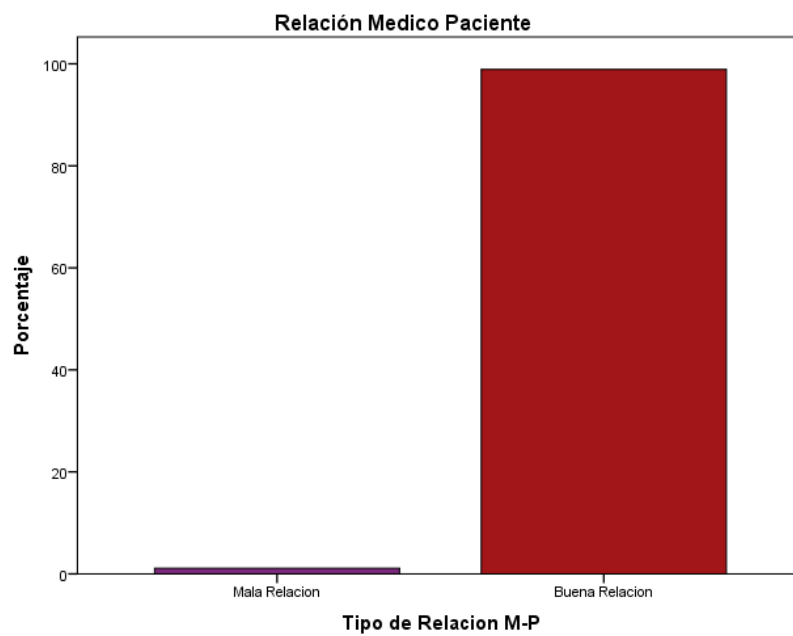
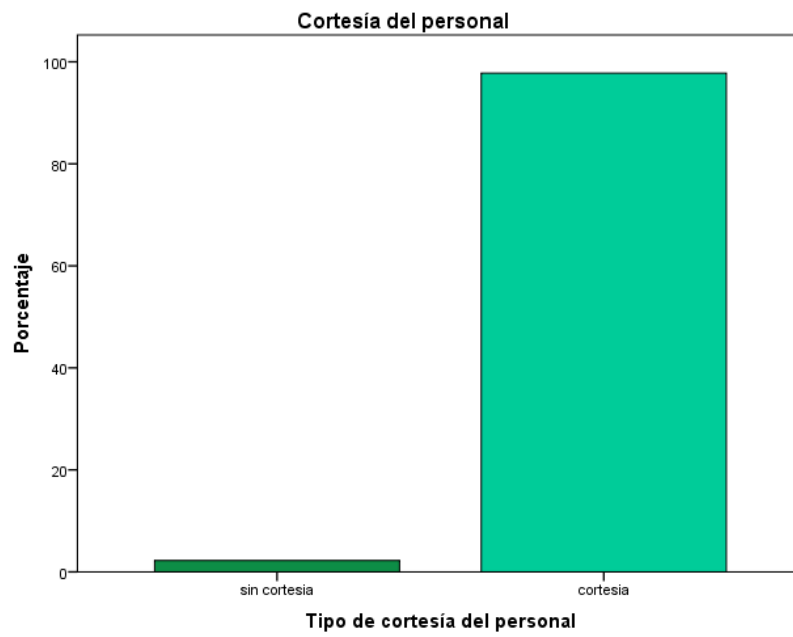
## Gráficos

### Gráficos de barras Descriptivos

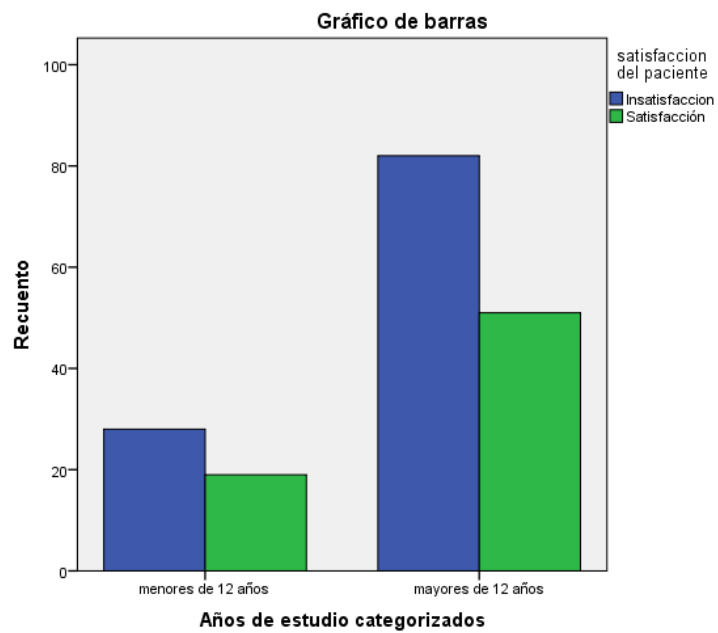
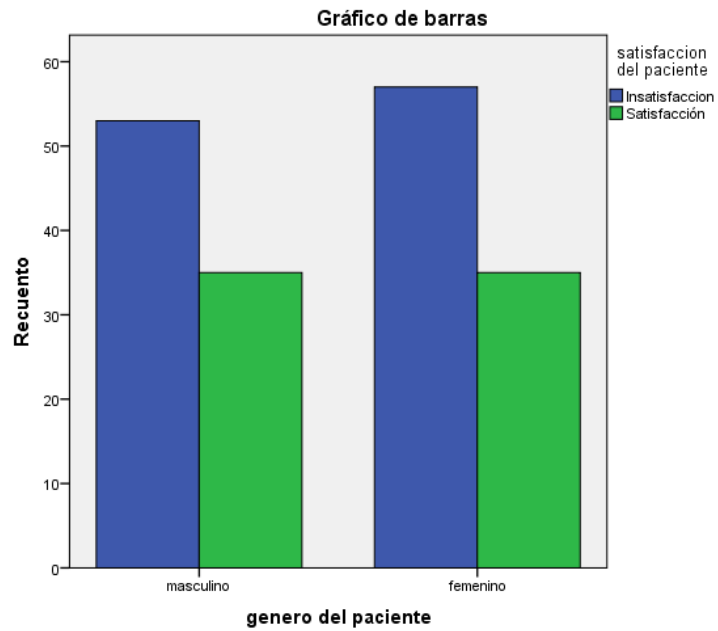


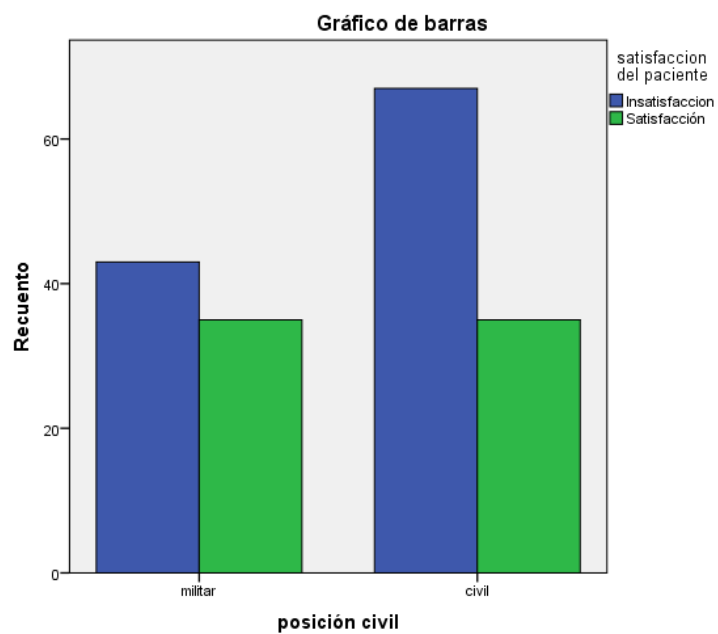
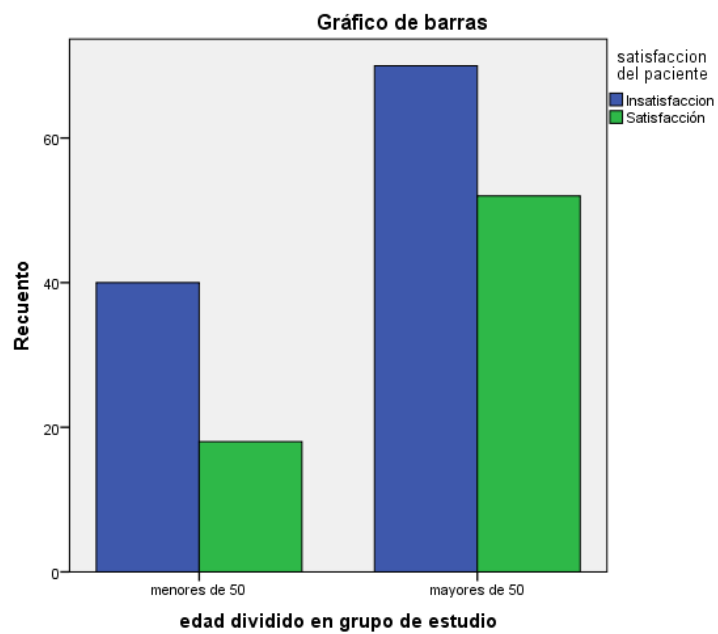


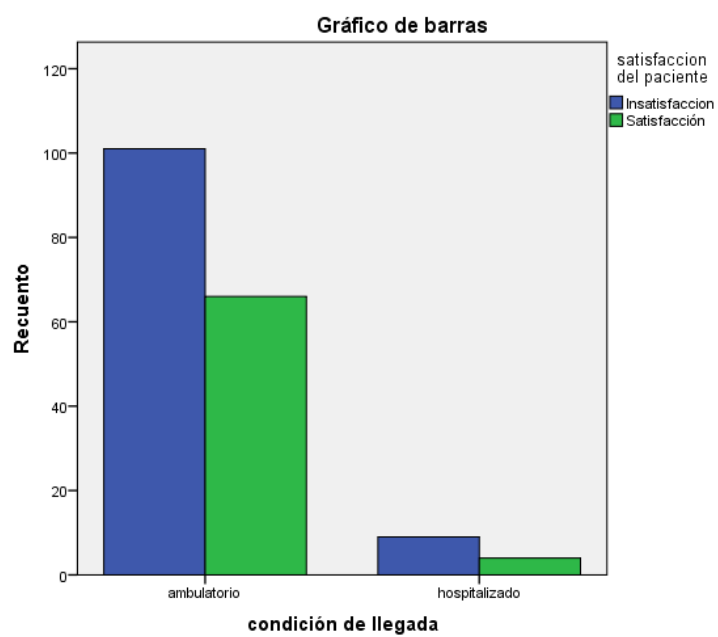
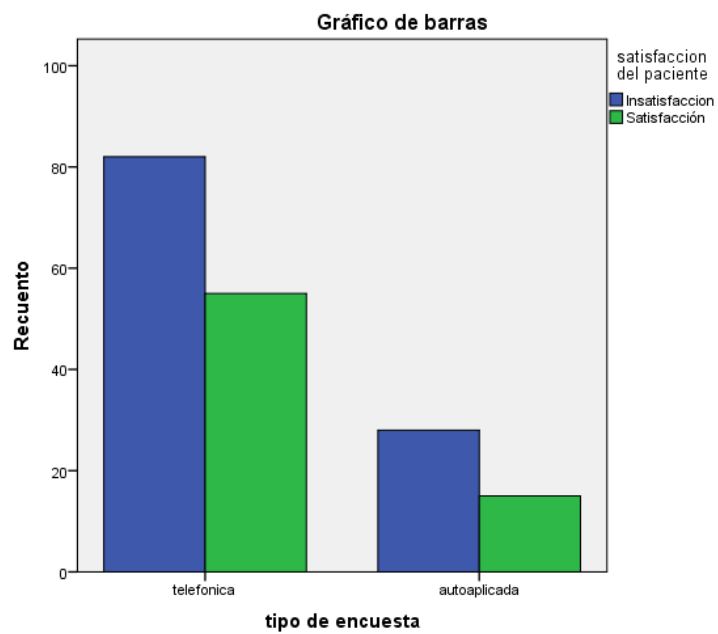


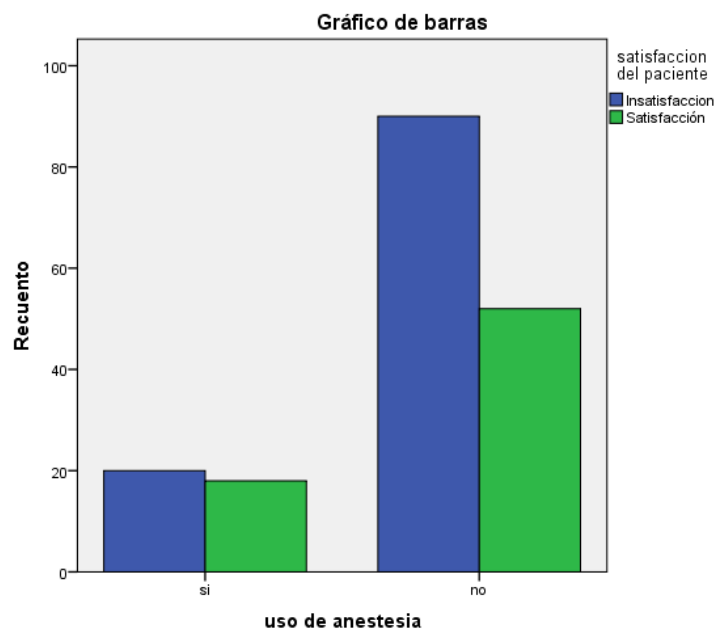


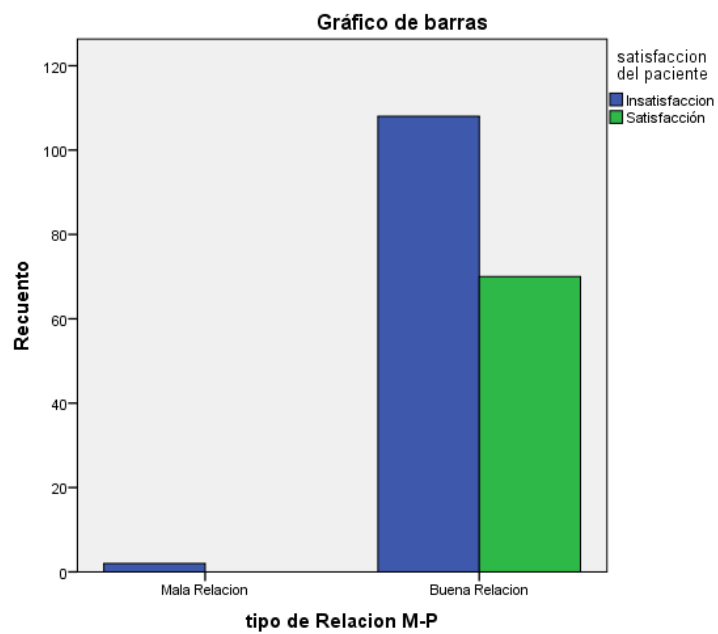
## Gráficos de Asociación de Variables











## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA**

**NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A ENDOSCOPIA DIGESTIVA Y SU CORRELACIÓN CON FACTORES ASOCIADOS, EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE LAS FUERZAS ARMADAS DEL ECUADOR N°1, EN EL PERIODO DE SEPTIEMBRE A OCTUBRE DEL AÑO 2015.**

Investigador principal: Dra. Gabriela Logroño; Dra. Karen Pozo

El estudio se realizará en el servicio de gastroenterología del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas del Ecuador N°1

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento.

**1. El estudio se realiza con el objetivo de mejorar la calidad de los procedimientos endoscópicos**

### **2. OBJETIVO DEL ESTUDIO**

Determinar el nivel de satisfacción de los pacientes tras un procedimiento endoscópico y los factores asociados, en el servicio de gastroenterología del Hospital de especialidades de las Fuerzas Armadas del Ecuador

### **3. BENEFICIOS DEL ESTUDIO**

Este estudio permitirá que en un futuro otros pacientes puedan beneficiarse del conocimiento obtenido y de esa manera mejorar la atención que reciben las mismas.

### **4. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO**

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizarán algunas preguntas sobre usted y la atención recibida durante el procedimiento, los cuales deberán ser respondidos en las encuestas entregadas.

### **5. ACLARACIONES**

- ❖ Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- ❖ No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- ❖ Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, -aun cuando el investigador responsable no se lo solicite-, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
- ❖ No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- ❖ No recibirá pago por su participación.

- ❖ En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.
- ❖ La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.
- ❖ Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

## 1. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

---

**Firma del participante o del padre o tutor Fecha**

**Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):**

He explicado al Sr(a). \_\_\_\_\_ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

---

**Firma del investigador Fecha**



**Formato para la encuesta a aplicarse a los pacientes que han aceptado ser parte del estudio.**

**Sexo:** F..... M..... **Edad:** ..... **Años de estudio:** ..... **Posición civil:** Militar.....

Civil..... **Sedación:** Sí..... No..... **Tipo de Procedimiento**..... **Tipo de Encuesta**.....

**Condición de llegada**.....

**Califique los siguientes aspectos de la prueba que se realizó, como se indica:**

**1.-El tiempo de espera para darle cita para la endoscopia:**

1.-Malo    2.-Regular    3.-Bueno    4.-Muy bueno    5.- Excelente

Indique en días cuanto tiempo esperó para la cita: .....

**2.-El tiempo que esperó el día del procedimiento antes de realizarse:**

1.-Malo    2.-Regular    3.-Bueno    4.-Muy bueno    5.- Excelente

Indique en horas cuanto tiempo esperó para realizarse el procedimiento: .....

**3.- Las explicaciones sobre el procedimiento endoscópico fueron:**

1.-Malo    2.-Regular    3.-Bueno    4.-Muy bueno    5.- Excelente

**4.-Cortesía del personal: recepcionistas, enfermeras.**

1.-Malo    2.-Regular    3.-Bueno    4.-Muy bueno    5.- Excelente

**5.-Cortesía del médico que le realizó la exploración.**

1.-Malo    2.-Regular    3.-Bueno    4.-Muy bueno    5.- Excelente

**6.-La tolerancia a las molestias durante el procedimiento fue:**

1.-Malo    2.-Regular    3.-Bueno    4.-Muy bueno    5.- Excelente

**7.- ¿Cómo califica usted en general al procedimiento?:**

1.-Malo    2.-Regular    3.-Bueno    4.-Muy bueno    5.- Excelente

**8.- Se volvería a realizar la prueba con el mismo médico:**

1.- Sí    2.- No

Si su respuesta fue No indique:

1.- No confía en la experticia del médico

2.- No empatizó con el médico

3.- Otras: .....

**9.- Se volvería a realizar la prueba en el mismo hospital:**

1.- Sí    2.-No

Si su respuesta fue No indique:

1.- No le gustaron las instalaciones

2.- Le parece costoso el servicio

3.- Otras: .....